

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE 507

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice, Jean BRUNET

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

Né le 3 Juin 1926, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

**SYNDROMES DOULOUREUX
CHRONIQUES NON CANCEREUX
DU PANCREAS**

Président : Monsieur MOULONGUET (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice, Jean B R U N E T

Ancien Interne des Hôpitaux de la Région de Paris

né le 3 juin 1926 à P A R I S

--

Présentée et soutenue publiquement
le



--

SYNDROMES DOULOUREUX

CHRONIQUES NON CANCEREUX DU PANCREAS

--

Président : Monsieur MOULONGUET (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CARNOT, CHABROL,
 CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G.,
 LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN,
 LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON,
 OLIVIER, OMBREDANNE, RICHTER, SANNIE, TANON,
 VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUÈLLE
Biologie app. à l'Education } phys. et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd. et sociale	BERNARD J.
Carcinologie	OBERLING
Chimie Méd.	JAYLE
(Hôtel-Dieu	MENEGAUX
Clinique Chir. { Broussais	SICARD
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clin. chir. cardio-vasc.	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile } et d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chir. {	PETIT--
	DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESCILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MEPKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers.)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique Chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Parasito. Parasito. cl.	BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX DUBOST FAUREL
Ana. Path.	(CHRISTOL NEVOT	Pat. chir.	FLABEAU GERMAIN COSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J M)
Bactériologie	(BOURLIERE DESGREZ EITORI POLONOVSKI (J) SCHAPIRA DUPERRAT		
Biol. Méd.	TUCHMANN BULLIARD		
Chimie méd.	(COUJARD N..	Pat. expé- riment.	(LOEPER MAURICE BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI
Dermato-syphil.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine	(ALBAHARY DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO	Pat. méd.	
légale et du			
Travail			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmologie			
Orthopédie			
Oto-rhino- laryngo.			

	MM.		MM.
Pharmacol.	{ Melle LEVY	Psychiatrie	{ BARUK
	{ CHEYMOL		{ PICHOT
Physiol.	{ BARGETON	Psych. infant.	MICHAUX
	{ DEJOURS	Rhumatologie	DELBARRE
	{ PARROT	Stomatologie	{ CHAPUT Mme
Physique }	{ DJOURNO		{ CERNEA
Médicale }	{ GOUGEROT	Thérapeut.	CHASSAGNE
Pneumo-phtis.	KREIS	Urologie	KUSS

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l' EXERCICE
pour le Service des Examens

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Clinique opht.	OFFRET
	{ HUGUIER	Urologie	COUVELAIRE
Clinique }	{ LEGER		{ DREYFUS
chir. }	{ PADOVANI	Clinique }	{ HAGUENAU
	{ ROUX	méd. }	{ KOURILSKY
	{ RUDLER		{ MARCHAL
Clinique }	{ ECALLE		
obstétr. }	{ MAYER		

o

Secrétaire Général de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
..... { Melles DUMAITRE
Bibliothécaires LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A qui je dois la réalisation
de mes études,
En hommage de ma profonde
affection et de ma
reconnaissance.

A ma Femme

A mes Fils Vincent
et Jean-Philippe

A ma Soeur

A mon Beau-Frère

A tous les Miens

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre MOULONGUET

Professeur de Clinique Chirurgicale à
la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la
Salpêtrière
Membre de l'Académie nationale de
Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

Qu'il me soit permis de le
remercier pour son enseignement
précis et vrai.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Agrégé Lucien LEGER
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse, constamment
guidé et encouragé dans son
élaboration.

Je lui dois beaucoup et le prie
de trouver ici, l'expression
de ma reconnaissance et de
ma très respectueuse affection.

A Monsieur le Docteur Pierre MILLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Je tiens à l'assurer de ma
profonde admiration et de ma
sincère affection.

A Monsieur le Docteur SIMEON

Ancien Médecin-Chef de Ière Classe
de la Marine
Chirurgien des Hôpitaux Maritimes
Membre National Associé de l'Académie
de Chirurgie

Qu'il me soit permis ici, de
le remercier pour son accueil
bienveillant, son précieux
enseignement et les conditions
exceptionnelles de travail
qu'il m'a accordées à
l'Hôpital Maritime de Cherbourg,
durant mon Service Militaire.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Professeur BAUMANN
Monsieur le Professeur Agrégé J.M. VERNE
Monsieur le Docteur J. MICHON
Monsieur le Docteur SACHS
Monsieur le Docteur ELBAZ
Monsieur le Docteur MONTARNAL
Monsieur le Docteur ARNAVIELHE
Monsieur le Docteur AUPINEL :

A mes Conférenciers d'Externat et d'Internat

Messieurs les Docteurs CHEVRET, J.P. MICHARD,
D. PELLERIN

A mes Camarades de Salle de Garde.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

- Stage :

Monsieur le Professeur HARVIÈR
Monsieur le Professeur QUENU
Monsieur le Professeur DECOURT
Monsieur le Professeur MATHIEU
Monsieur le Docteur HUBERT

- Externat :

Monsieur le Professeur MOULONGUET
Monsieur le Professeur Agrégé CACHERA
(In Memoriam)
Monsieur le Professeur MICHAUX
Monsieur le Docteur BOUSSER
Monsieur le Professeur Agrégé BOUDIN

- Externat en Premier :

Monsieur le Docteur LAFITTE
Monsieur le Docteur Raymond BERNARD
Monsieur le Docteur LONGUET

- Internat de la Région de Paris ;

Monsieur le Docteur DAVID
Monsieur le Docteur LAZARD
Monsieur le Professeur Agrégé LEGER
Monsieur le Professeur Agrégé GERMAIN
Monsieur le Professeur REDON

En témoignage de mon profond
attachement et de ma gratitude
pour l'enseignement qu'ils
m'ont prodigué.

SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES
NON CANCEREUX
DU PANCREAS

- :-

P L A N

-:-

I - INTRODUCTION

II - ETUDE CLINIQUE DE LA DOULEUR PANCREATIQUE

Un aspect clinique particulier,
forme dite "cardialgique"

III - ETUDE EXPERIMENTALE DE LA DOULEUR PANCREATIQUE

IV - LES PANCREATITES CHRONIQUES NON LITHIASIQUES

Etude clinique, radiologique et
thérapeutique de 21 observations.

V - LES LITHIASES PANCREATIQUES

Etude de 12 observations.

VI - LES KYSTES PANCREATIQUES

Etude de 9 observations.

VII - PANCREATITE ET ULCERE GASTRO-DUODENAL

VIII - PANCREATITE ET AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES

IX - CONCLUSIONS

X - INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

-:-

INTRODUCTION

--

Les affections chroniques du pancréas sont restées jusqu'à ces dernières années, assez mal connues. On ne peut manquer d'être frappé par la véritable éclosion qui se manifeste actuellement au sujet de la pathologie de ces affections et de leur traitement chirurgical.

Cet éveil relativement tardif, par rapport aux autres chirurgies d'organes voisins, peut surprendre et les raisons méritent d'être retenues:

- La relative rareté des affections pancréatiques primitives, qui en dehors du cancer du pancréas souvent reconnu à un stade tardif, se présentaient sinon comme des curiosités, du moins comme des cas d'exception pour lesquels la chirurgie ne semblait pas se justifier.
- Le caractère secondaire d'un certain nombre de ces syndromes pancréatiques, était trop facilement admis. Dès lors, le traitement était uniquement dirigé contre les affections de voisinage incriminées, biliaires notamment.
- La crainte de s'attaquer directement à un viscère d'une importance physiologique si grande, et d'une telle fragilité anatomique, la friabilité de son parenchyme, sa riche vascularisation, la fréquence des fistules obser-

vées après toute effraction, n'étaient pas faites pour encourager les grandes tentatives chirurgicales.

- Enfin le pancréas est pratiquement le seul organe pour lequel l'opacification n'ait pu être réalisée pendant bien longtemps, et celle-ci ne l'est encore qu'opératoirement.

C'est le mérite de quelques auteurs de s'être attaqués à cet organe si redouté, pour mieux en connaître la physiologie et la pathologie.

- Un certain nombre de ces difficultés sont actuellement résolues. Au point de vue chirurgical, les méthodes d'anesthésie, de surveillance et réanimation post-opératoires, les techniques chirurgicales actuellement codifiées donnent maintenant une grande marge de sécurité.

Surtout, les plus grands progrès ont été réalisés depuis les possibilités d'exploration radio-chirurgicales du pancréas dont les bases ont été jetées par L. LEGER et J. BREHANT, dans leur rapport au 52ème Congrès de Chirurgie.

Cette technique d'exploration permet de plus en plus de tirer une ligne de conduite générale logique et assez univoque. Ainsi à la chirurgie symptomatique, palliative, ne s'attaquant qu'aux troubles liés au retentissement régional de la lésion pancréatique, encore qu'elle soit utile dans un certain nombre de cas, se substitue de plus en plus une chirurgie glandulaire, causale, à tendance curatrice.

Un certain nombre de difficultés persistent cependant, et il est assez singulier de consta-

ter que c'est dans le domaine clinique, tout d'abord, qu'elles apparaissent. La douleur, principale manifestation clinique de ces syndromes pancréatiques chroniques, n'est pas facile à distinguer des autres algies de l'abdomen supérieur, particulièrement riche au point de vue pathologique.

Il est d'un grand intérêt pour le malade de savoir suspecter devant un syndrome algique, une origine pancréatique possible. En effet, le sort de ces malades laisse souvent à désirer au point de vue diagnostique avant tout. La douleur est souvent à la longue sous-estimée, voire négligée, et l'erreur est d'autant plus facile que la multiplicité et la multiformité des plaintes d'une part, la pauvreté de l'examen objectif d'autre part, y poussent incontestablement. Une telle méconnaissance n'est pas sans avoir entraîné des toxicomanies et des troubles psychiques importants.

C'est donc redire l'importance de penser à l'origine pancréatique, permettant la mise en oeuvre d'examens nécessaires pour l'affirmer.

Notre but est d'étudier la douleur pancréatique à la lueur de nombreuses observations de syndromes chroniques du pancréas :

- 22 pancréatites chroniques
- 12 lithiases,
- 9 kystes du pancréas

recueillies dans le service de notre Maître le Pr. L. LEGER, à Créteil. Ces observations ont le mérite d'être complètes et homogènes. Elles comprennent :

- une analyse clinique détaillée,
- de nombreux examens paracliniques, opacification des voies biliaires, de l'axe splénoportal,

- surtout pancréatographie per et post-opératoire en cas de drainage du Wirsung, ayant permis une véritable reproduction expérimentale de la douleur.

Chacune d'elle a fait l'objet d'étude anatomopathologique due au Dr P. GUYET que nous tenons à remercier ici.

Enfin, nous disposons, pour un grand nombre d'entre elles, d'un recul suffisant pour juger de l'efficacité des traitements chirurgicaux proposés.

- II -

ETUDE CLINIQUE DE LA DOULEUR PANCREATIQUE

.. .. -:-

La fréquence réelle des affections pancréatiques chroniques est bien difficile à apprécier.

Un certain nombre sont vraisemblablement méconnues, et ceci est surtout dû aux incertitudes des critères diagnostiques.

Il est une éventualité clinique favorable lorsque la pancréatite chronique a été entrecoupée de crises aiguës, à condition encore que celles-ci aient été identifiées.

Le plus souvent, le diagnostic ne sera évoqué qu'au bout de plusieurs années d'évolution chez des sujets algiques de l'abdomen, ou dyspeptiques, porteurs de volumineux dossiers radiologiques déroutant par leur volume et leur diversité :

clichés de l'estomac,
du côlon,
de la vésicule.

Ces différentes explorations tournent autour de la lésion, la cernent, mais ne la décèlent pas.

De même, la fréquence de cicatrices post-opératoires que portent ces malades, témoigne de notre ignorance diagnostique, mais aussi des efforts tentés pour les soulager.

Il n'est pas dans notre intention, bien entendu, de mettre en doute la légitimité de ces interventions. Il est simplement remarquable de constater la fréquence de celles-ci chez un nombre limité d'individus.

Il est donc important de faire un effort d'interprétation de la douleur. "C'est un effort de comprendre la langue, et de faire comprendre la langue que parle ce pancréas, qui a tant de choses à dire, et qui presque tragiquement n'est pas souvent compris" (HULST).

La douleur est le signe d'alarme de presque toutes les maladies du pancréas. C'est le signe précoce presque constant et de longue durée.

Il s'agit typiquement d'une douleur siégeant :

- au creux épigastrique,
- ou dans la région sous-costale gauche.

Les irradiations sont multiples :

- le dos, la région lombaire gauche,
- l'hémithorax gauche,
- parfois la taille entière (et à ce niveau la douleur s'accompagne de sensation d'oppression),
- vers la région rétrosternale,
- le maxillaire inférieur,
- le bras gauche,
- la partie inférieure de l'abdomen.

- Le début est brusque, encore que dans nombre de cas, le maximum d'intensité ne soit atteint qu'en un ou deux jours.

- Au début, il s'agit volontiers de crises douloureuses intermittentes avec des rémissions longues, puis progressivement la dou-

leur tend à devenir permanente avec encore des paroxysmes.

- Elle n'est pas rythmée par les repas, mais dépend parfois de la nourriture consommée.

- La longue durée de la crise, le peu d'efficacité de la morphine, plaident en faveur de l'origine pancréatique, contre l'origine biliaire.

- Une attitude antalgique est parfois rencontrée chez certains malades qui, au cours des paroxysmes sont soulagés par la position assise, avec flexion du tronc, les bras croisés sur l'abdomen.

- Lorsqu'elle s'accompagne de vomissements, cette douleur n'en est nullement calmée, de même, il existe volontiers des troubles de la motilité intestinale.

Dans l'ensemble, ce qui frappe, ce sont les importantes fluctuations de cette douleur, qui va du calme plat à la fureur d'un ouragan.

Cette douleur ne présente donc pas des caractères cliniques bien tranchés et lorsque le contexte est discret, il peut être difficile de la distinguer des affections ulcéreuses gastro-duodénales et biliaires, d'autant que leur association ou leur succession est possible.

FORMES CARDIALGIQUES

Il existe un aspect de manifestation douloureuse au cours des pancréatites particulièrement troublant et posant des problèmes diagnostiques difficiles.

Nous présentons quelques observations, où la symptomatologie clinique se présentait comme des manifestations d'angine de poitrine ou de crises hyperalgiques à type d'infarctus du myocarde.

Cette symptomatologie a été soit prédominante, voire exclusive, sans manifestation abdominale, et pourtant l'intervention chirurgicale, ou l'autopsie, ont incriminé de façon indiscutable le pancréas dans la genèse de ces troubles.

Il est classique de parler d'épine irritative sous-diaphragmatique, ulcère, affection des voies biliaires, dans la genèse de ces troubles coronariens. Le rôle du pancréas est d'acquisition plus récente.

Dans les cas qui ont été autopsiés, il est important de noter que ces manifestations se sont produites en dehors de toute altération coronarienne susceptible d'expliquer par elle-même les lésions myocardiques retrouvées. Il s'agit donc vraisemblablement d'un mécanisme purement fonctionnel.

° ° °

1- HART... Velenty

Notre observation concerne un de nos confrères M. H... 45 ans, qui présente brusquement,

au cours de son activité hospitalière, le 15 novembre 1955, une violente douleur rétro-sternale et épigastrique qui dure près de 5 heures et résiste à la trinitrine. Malgré le caractère normal de l'électrocardiogramme, on évoque le diagnostic d'infarctus du myocarde et un traitement à l'héparine par voie veineuse est aussitôt institué.

Le malade est mis au repos, les jours suivants, cependant les crises douloureuses se répètent, présentant toujours le même siège rétro-sternal et épigastrique, absolument indépendantes de tout effort physique ou de la moindre contrariété, mais en relation semblable-t-il, avec l'absorption d'aliments de digestion difficile.

Le 18 décembre, nouvelle crise douloureuse extrêmement violente qui se maintient 24 heures et là encore, l'électrocardiogramme montre un tracé normal. On fait préciser au malade le caractère de ses douleurs. Elles sont épigastriques et rétro-sternales avec des irradiations dorsales vers l'hypocondre gauche. Elles forcent le malade à se courber en avant, ce qui lui paraît constituer une attitude antalgique. Par contre, les douleurs sont aggravées par l'extension du tronc et le décubitus latéral droit. Par ailleurs, il existe des troubles digestifs : météorisme, lenteur de digestion, les selles sont abondantes, graisseuses, à demi-formées, contenant parfois des débris alimentaires visibles. La présence d'oeufs d'ascaris a été notée à plusieurs reprises et un vermifuge a abouti à l'expulsion d'un ascaris. A noter par ailleurs, un amaigrissement de 11 kg depuis 6 mois.

A ce syndrome douloureux, rétro-sternal et épigastrique, et aux troubles digestifs s'asso-

cient des épisodes phlébitiques. Le 23 décembre 1955, soit 5 semaines après l'accident aigu initial, s'installe une phlébite du membre inférieur gauche traitée pendant 5 semaines à l'héparine qui n'a pas prévenu l'apparition d'une phlébite du membre inférieur droit, au début 1956 et ensuite une localisation au membre supérieur droit.

En décembre 1955, le malade aurait présenté plusieurs crises à type d'hypoglycémie dont l'une, plus importante, s'est accompagnée de sueurs, de tremblement, de tendance lipothymique. Nous n'avons pas la notion de dosage de la glycémie au moment de ces crises. Par contre, il a été pratiqué plusieurs courbes d'hyperglycémie qui se sont toujours avérées normales.

Par ailleurs, examen du tube digestif normal. Cadre duodénal : rien à signaler. Cholécystographie normale.

Nous pratiquons une spléno-portographie qui ne montre pas d'interruption de la veine splénique . Amylasémie : 85 U.S., amylasurie : 64 U.W.

Intervention le 17 février 1956 (Pr LEGER)

La rate est un peu augmentée de volume. Le foie d'aspect normal. Une biopsie montrera une congestion vasculaire, en particulier les capillaires des travées de Remack. Légère infiltration inflammatoire des espaces portes. Le pancréas apparaît grumeleux. La biopsie du pancréas montre un aspect de pancréatite chronique : "Lobulation de la glande par un tissu scléro-lipomateux avec quelques vésicules de graisse éparses dans le parenchyme. Ilôts de Langerhans nombreux et de très petite taille. Acini normaux, canaux collecteurs dilatés,

vidés et entourés d'un manchon scléreux. Congestion vasculaire importante" (P. GUYET).

Duodénotomie. Cathétérisme du Wirsung. Le suc pancréatique recueilli sous une pression de 15 cm est clair.

La pancréatographie après injection de diodone montre un canal de Wirsung calibré sensiblement normal avec peut-être une image de sténose discrète à gauche du rachis. Il existe de même une légère distension des canalicules au niveau du corps du pancréas. Le tube de Polythène est laissé dans le Wirsung en drainage à demeure. Par lui, on recueille du suc pancréatique :

1er jour :	30 cc	activité trypsique :	13 U.
2ème jour :	50 cc	" "	: 13 U.
3ème jour :	55 cc	" "	: 13 U.
4ème jour :	55 cc	" "	: 8 U.
5ème jour :	55 cc	" "	: 8,2 U.
6ème jour :	110 cc	" "	: 6,7 U.
7ème jour :	150 cc	" "	: 6,2 U.
8ème jour :	150 cc	" "	: 6,5 U.
9ème jour :	900 cc		

La trypsine a donc toujours été sécrétée à l'état actif, mais son activité a été en diminuant au fur et à mesure de la poursuite du drainage.

A noter l'existence d'une crise douloureuse épigastrique qui a suivi l'arrêt de l'écoulement du suc pancréatique par le tube.

Le 24 février, on constate, alors que l'écoulement par le tube de polythène est tari, que l'opacification à la diodone injecte directement le duodénum et non le pancréas, ce qui témoigne du déplacement du drain que l'on

enlève ; la cicatrisation est obtenue très aisément.

Disparition des douleurs. On dispose d'un recul de deux ans.

°°°

2 - Melle G... (LEVY) Strasbourg.

Dans les suites d'accidents sériques, présente des douleurs précordiales, constrictives, avec angoisse, l'électrocardiogramme normal.

- aggravation de l'état avec collapsus cardio-vasculaire, asphyxie et contraction thoracique.

- Devant l'existence d'un élargissement du cadre duodénal, intervention (Pr. Agr. FORSTER) montrant :

- un oedème pancréatique, peu de nodules scléreux.
- On procède à une décapsulation antérieure du pancréas.
- Cessation immédiate des crises d'angine de poitrine, ainsi que des accès de collapsus.
- Un an après, la malade a repris une activité normale.

°°°

3 - M. I... - 51 ans - (LEVY) Strasbourg.

- présente un syndrome douloureux thoraco-brachial gauche,

- douleur constrictive
- angoisse indicible, et sensation de mort imminente,

- durée de quelques minutes à 1 ou 2 heures,
 - apparaissant après le repas,
 - n'apparaissant pas électivement à l'effort,
- Exploration cardio-vasculaire normale,
- Bulbe douteux à la radio.

Sujet traité comme ulcéreux.

Mort ultérieure pour cause aberrante.

Autopsie :

Système cardio-vasculaire, voies biliaires, région gastro-duodénale : normaux.

Sclérose pancréatique ancienne qui apparaît comme le seul élément anginogène à retenir.

°°°

4 - Mme X... - 37 ans (LEVY) Strasbourg.

- Femme vigoureuse, qui présente des douleurs rétro-sternales, survenant électivement à la marche.

- Douleur constrictive, clouant la malade sur place, avec sensation d'angoisse, et lourdeur dans le membre supérieur gauche.

- Exploration cardiaque clinique et électrique normale.

Mort subite.

A l'autopsie :

- coronaire normale,
- myocarde, moucheture ischémique disséminée,
- pancréas oedémateux, turgescents avec quelques taches de cyto-stéatonecrose.

Il s'agissait là d'un angor d'effort dont le caractère d'organicité est formel, confirmé par la mort subite.

°°

L'origine pancréatique des précordialgies apparaît indiscutable.

En effet dans l'observation HART... il est intéressant de noter que, à plusieurs reprises, l'injection de sérum physiologique ou de diodone par le tube de drainage du Wirsung, sur le malade éveillé, a déterminé très rapidement une douleur à la distension canaliculaire de siège épigastrique et rétro-sternal, tout à fait comparable à celle que le malade accusait spontanément.

Celui-ci, médecin lui-même, l'identifiait parfaitement comme la douleur originelle.

Les observations I et II mettent en évidence la disparition immédiate des douleurs après traitement chirurgical, soit drainage du Wirsung (L.L.) décortication antérieure du pancréas (FORSTER).

Ainsi donc l'intervention, en libérant de sa gaine devenue trop étroite un pancréas gonflé par l'oedème, a du même coup enrayé le mécanisme coronaro-constrictor. L'acte chirurgical prend donc la valeur d'une expérimentation, puisqu'il démontre que le vice du jeu coronarien était sous la dépendance directe du pancréas.

Le mécanisme en est discuté.

Il est possible que les lésions pancréatiques retentissent sur la circulation coronarienne par la mise en jeu d'un réflexe dont l'origi-

ne est une irritation des corpuscules de Vater-Paccini contenus dans la gaine fibreusés duodéno-pancréatique. La distension de cette gaine par un pancréas gonflé d'oedème serait dès lors génératrice de graves dérèglements de la motricité coronarienne (GUEULETTE).

L'intervention d'une action directe de toxine pancréatique a également été soulevée.

Les constatations anatomiques ont permis de montrer l'absence de parallélisme entre les tracés électriques et les lésions myocardiques retrouvées.

L'observation n° 4 objective un myocarde farci de lésions ischémiques punctiformes à tous les âges d'évolution, avec un tracé électrique normal, ce qui atteste la réalité des crises coronaro-constrictives fonctionnelles intenses.

A l'opposé, l'insuffisance coronarienne aiguë a pu s'inscrire de façon formelle sur les tracés, sans avoir altéré, du moins macroscopiquement, le myocarde.

La réalité de crises vaso-constrictives coronariennes au cours de poussées pancréatiques ne saurait donc faire de doute.

Il semble qu'il y ait tous les degrés de réponse, depuis l'angor jusqu'à l'infarctus myocardique.

Bien que ces observations soient peu nombreuses, elles révèlent peut-être des faits d'une fréquence non soupçonnée.

L'observation HART... soulève de plus, le problème des relations entre les affections du pancréas et les thromboses veineuses des membres.

Les hypothèses pathogéniques formulées sont nombreuses. Il semble que l'on retienne surtout actuellement l'altération du mécanisme de la coagulation sanguine par hypertrypsinémie. Il apparaît en effet que des concentrations élevées d'enzymes pancréatiques peuvent être disséminées dans le courant sanguin, les lymphatiques et les différents tissus, dûs à l'inflammation pancréatique ou à l'obstruction canaliculaire.

Mais ce qui est remarquable dans cette observation c'est que les phénomènes de phlébite ne paraissaient pas tout à fait éteints lors de l'intervention, ce qui n'avait pas été sans donner quelques inquiétudes.

Or, après l'intervention, les épisodes veineux furent stoppés.

D'autre part, les manifestations douloureuses que le malade avait conservées au niveau des membres comme séquelles de ses phlébites migratrices, cessèrent immédiatement après l'acte chirurgical, permettant au malade de se lever et de circuler librement, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, que difficilement.

Il est permis de se demander si l'amélioration enregistrée n'est pas la conséquence de ce drainage du canal de Wirsung.

ETUDE EXPERIMENTALE
DE LA DOULEUR PANCREATIQUE

--

Le problème de la transmission de la douleur des organes abdominaux a donné lieu à de nombreuses interprétations. Il semble qu'actuellement on distingue :

- la douleur viscérale vraie de transmission splanchnique d'avec
- la douleur somatique de transmission par les nerfs cérébro-spinaux.

Les sensations viscérales vraies sont transmises à la conscience par des fibres nerveuses afférentes qui transportent les stimuli correspondants à partir des viscères. Il s'agit ici de stimuli particuliers, produits par la distension d'un canal, ou un spasme de la musculature lisse d'un organe creux.

Les fibres afférentes passent par la voie des nerfs splanchniques sans relais, par le tronc sympathique et les rami communicants blancs, jusqu'aux racines postérieures des nerfs spinaux où l'on trouve le corps des cellules ganglionnaires. Les cellules ganglionnaires qui sont pour la plupart unipolaires, ont des fibres analogues qui les relient à la moelle épinière par les rami postérieurs.

Il est probable que le phénomène de sommation des impressions douloureuses, se fait à ce niveau dans la moelle.

La douleur somatique est transmutée par des nerfs cérébro-spinaux segmentaires. Au niveau de l'abdomen supérieur ces troncs nerveux innervent la paroi abdominale, le péritoine pariétal, le mésentère, le petit épiploon. La douleur transmise à partir de ces éléments peut être localisée par le malade de façon assez précise, en raison de corrélations sensorielles exactes avec les téguments. On a pu ainsi, établir un schéma de projection de cette douleur somatique au niveau des différents dermatomes segmentaires thoraciques et lombaires.

Les types de douleurs abdominales présentes dépendent donc en pratique du viscère intéressé, et des zones somatiques atteintes par la douleur totale.

La réponse du malade dépend de la quantité de filets nerveux intéressés, mais aussi du seuil individuel à la douleur.

La qualité de la douleur transmise par excitation péritonéale (somatique) est différente de la douleur viscérale propre empruntant le trajet splanchnique. La première est souvent plus facile à décrire, habituellement aiguë, volontiers comparée à un coup de poignard. La seconde plus vague, fluctuante, intermittente, à type de crampe, rongeante et nauséuse.

Les mouvements aggravent la douleur somatique, la douleur viscérale peut être soulagée par la marche, ou certaines positions antalgiques.

La localisation d'une lésion à partir du

schéma douloureux décrit par le malade est le plus souvent bien difficile. En général, la douleur splachnique est une douleur de l'abdomen médian, et elle n'a donc pas de valeur pour déterminer le siège latéral de la lésion en cause. Ainsi elle siège au niveau du creux épigastrique pour des organes situés sur un même plan horizontal : vésicule, voie biliaire, estomac, duodénum, partie basse de l'oesophage.

Cependant elle conserve une certaine valeur de localisation selon l'axe longitudinal du corps. Elle siège d'autant plus bas que les organes intéressés sont anatomiquement inférieurs. A l'opposé, la douleur somatique permet une localisation latérale de la lésion.

Ainsi donc, l'apparition initiale d'une douleur viscérale médiane, sur laquelle se développe une douleur somatique, permet en théorie du moins, une localisation assez précise de la lésion et également de dessiner l'évolution de celle-ci.

- La douleur pancréatique est très particulière dans ce domaine car, cet organe a une innervation splachnique bilatérale. D'autre part, s'étendant transversalement dans l'abdomen, il se trouve en rapport avec la plupart des organes abdominaux supérieurs, et est tapissé de toutes parts de feuillets péritonéaux.

Le tableau douloureux réalisé dépend donc du siège de la lésion sur l'organe, tête, corps, queue, mais aussi de sa nature, limitée ou étendue.

Ainsi les caractères habituels de la douleur pancréatique sont le siège postérieur, exacerbation nocturne, le sujet couché, soula-

gé lorsque le tronc est fléchi. Si la lésion est localisée à la tête, la douleur peut être localisée à la partie droite du creux épigastrique ou dans la région latéro-rachidienne droite.

Une lésion de la queue peut entraîner une douleur localisée à gauche antérieure ou postérieure.

Enfin, pour une lésion étendue à tout l'organe, la douleur peut être médiane soit postérieure ou antérieure, encerclant le tronc.

Le mode de déclenchement de la douleur pancréatique a été diversement apprécié :

- Tension intra-capsulaire du parenchyme,

- Englobement des filets nerveux et, de fait, les comptes rendus histologiques font souvent mention de terminaisons nerveuses hyperplasiques. Ces lésions justifient la splanchnicectomie, qui a donné à ses promoteurs de nombreux succès.

- Actuellement, on insiste sur l'importance de la distension canalaire dans le déclenchement de la douleur. Ce mécanisme a d'ailleurs son équivalent dans la pathologie rénale et biliaire.

- On a pu de façon véritablement expérimentale reproduire la douleur par distension du Wirsung. En effet, dans un certain nombre de nos observations, le drainage du Wirsung a été réalisé par un tube de polythène rentré par la papille après duodénotomie et sortant à la Wolker. Cette méthode de drainage a permis dans les jours suivant l'intervention, l'introduction par le drain de novocaïne ou de produit opaque en vue de pancréatographies post-opératoires.

On a créé ainsi une distension canalaire, et obtenu la réapparition de la douleur initiale.

I - MAN... : porteur d'une P.C.

subit une pancréatographie 48 heures après l'intervention, ce qui éveille une douleur sous-costale droite comparable à celle qu'accusait spontanément le malade.

2 - CL... Marceau : P.C.

La pancréatographie 3 jours après l'intervention à 3 cc de diodone, réveille une douleur épigastrique et de l'hypocondre gauche à irradiation postérieure que le malade reconnaît comme "sa douleur".

3 - M. LEH...

Porteur d'un kyste pancréatique a subi un drainage du Wirsung. La pancréatographie déclenche une douleur abdominale en bande horizontale à irradiations gauches, analogue à celle ressentie spontanément lors des crises, mais sans irradiation scapulaire.

4 - Melle MA... J. : P.C.

Une pancréatographie pratiquée au 4ème jour déclenche une crise douloureuse strictement semblable aux crises précédant l'intervention.

5 - M. HART...

Présente une P.C. à manifestation d'angine de poitrine. La pancréatographie post-opératoire reproduit chez lui les mêmes symptômes qu'il analyse parfaitement.

6 - M. FAU...

à une pancréatite chronique récidivante. La

distension du Wirsung crée la douleur sous-costale droite.

Il a été ainsi possible chez certains opérés, par injection d'une petite quantité de liquide, d'éveiller une douleur aiguë en éclair. La quantité de liquide nécessaire au déclenchement de la douleur, peut, dans une certaine mesure, renseigner sur l'importance de la distension canalaire.

Cette douleur à la distension identifiée par les malades a pu revêtir 3 types :

- sous costale gauche, avec irradiation scapulaire gauche, ce qui constitue l'aspect classique de l'algie pancréatique.

- sous-costale droite avec ou sans irradiation scapulaire droite ou forme pseudo-vésiculaire.

- épigastrique avec irradiation rétro-sternale réalisant un aspect pseudo-coronarien.

Mais ce qui est important à noter, est que cette douleur est la plupart du temps strictement comparable aux algies spontanées que présentaient les malades. Et il semble bien que la distension des canaux pancréatiques constitue le procédé d'élection de déclenchement de cette douleur.

BLISS, de son côté, a provoqué la douleur pancréatique par excitation électrique, après avoir placé, en cours de laparotomie, des électrodes en différents points de l'organe. Cette méthode présente un grand intérêt au point de vue localisation :

- l'excitation de la tête pancréatique provoque une douleur sus-ombilicale droite.

- l'excitation du corps, une douleur médiane,
- l'excitation de la queue, une douleur gauche.

- L'excitation simultanée des trois points détermine une douleur sus-ombilicale, en bande, répondant au 9ème segment dorsal.

Certains de ses malades ont identifié cette douleur provoquée à celles qu'ils avaient ressenties.

Dans ces mêmes conditions, il a été possible de montrer que l'infiltration anesthésique des splanchniques, élève le seuil de la douleur. Le pancréas ayant une double innervation splanchnique, on a montré que le blocage du droit élevait le seuil de la douleur de la tête et du corps, alors que le gauche intéressait la queue de l'organe.

Ainsi ces différentes expérimentations sont conformes aux hypothèses de transmission de la douleur que nous avons envisagées. Il apparaîtrait dès lors possible que l'analyse minutieuse d'une douleur, une fois son origine pancréatique admise, permettrait de localiser à la tête, au corps ou à la queue de cet organe, la lésion en cause.

Mais il est impossible, en pratique, de parvenir à une telle précision. Ceci n'a d'ailleurs rien d'étonnant, car la douleur reste de toute façon un phénomène subjectif ne se pliant pas aux mesures, et d'interprétation très personnelle.

Il reste cependant un fait important, c'est le parallélisme étroit entre la distension canalaire et le déclenchement de la douleur. Nos observations démontreront amplement la

sédation immédiate de la douleur après drainage du Wirsung, quelles qu'en soient les modalités.

Il s'agit là d'un acte précis beaucoup plus important pour les malades que toutes les spéculations intellectuelles.

Dans le domaine de la pathologie, la distension canaliculaire est réalisée par l'obstruction à l'écoulement du suc pancréatique, dont la nature est variable selon les syndromes considérés. Qu'il s'agisse d'un calcul, d'un dysfonctionnement sphinctérien, d'une sténose, la conséquence est identique, stase, puis hypertension du suc qui a souvent été mise en évidence en cours d'intervention, la pression normale étant de 10 cm. Il a d'ailleurs été possible de noter une élévation de la pression en cours d'intervention après injection de sécrétine.

Nous allons maintenant envisager les trois grands syndromes chroniques du pancréas :

- la pancréatite chronique,
- les lithiases ,
- les kystes.

PANCREATITES CHRONIQUES NON LITHIASIQUES
(21 Observations)

--:--

OBS. N° 1

AUD... - 73 ans.

Depuis avril 1956 :

A présenté à 4 reprises des crises douloureuses épigastriques,
irradiant vers l'hypocondre droit,
accompagnées de température et de subictère,
asthénie - amaigrissement.

Mai 1956 :

Admission à l'Hôpital de Créteil, avec le diagnostic d'ictère par rétention.

Radio de vésicule : pas d'opacification de la vésicule,

pas de calcul visible,
cholédoque non visible.

Radio gastro-duodénale : cadre duodénal légèrement élargi.

Intervention : 16 mai 1956 (Pr. LEGER)

Vésicule scléreuse avec un cholédoque dilaté.

La tête du pancréas est augmentée de volume avec de petits nodules blanchâtres sur sa face antérieure.

Le corps et la queue sont d'aspect ligneux.

- Biopsie au niveau de l'isthme, on ouvre alors un petit abcès.

- cholédocotomie, pas de calcul. Passage duodénal facile.

- Cholangiographie, cholédoque dilaté, avec sténose terminale.

- duodénotomie, cathétérisme du Wirsung, qui retire du suc pancréatique sous pression. On y trouvera de la trypsine active.

- pancréatographie ascendante.

1er cliché : injection de la moitié droite du Wirsung.

2ème cliché : coudure à la jonction tête et isthme, avec légère dilatation du segment céphalique.

Drainage du Wirsung + drainage du cholédoque.

Pancréatographie post-opératoire : aspect muriforme du Wirsung.

Examen anatomo-pathologique : Pancréatite chronique. Sclérose inter-acineuse fine, inflammatoire, dissociant les acini qui pour une grande part sont en régression canaliculaire.

Les vaisseaux sont congestifs et entourés d'infiltrats inflammatoires polymorphes.

Les suites furent immédiatement défavorables. Décès du malade dans l'hyperthermie avec confusion mentale.

°°°

OBS. N° 2

BOIG... - 46 ans.

Depuis 1953, douleurs épigastriques à prédominance nocturne. Les radiographies confirment un ulcus du bulbe.

Février 1956 : gastrectomie subtotal.

Octobre 1956 : apparition de plusieurs crises douloureuses, brutales, siégeant au niveau de l'hypocondre gauche avec irradiations transfixiantes lombaires gauches.

Amaigrissement de 14 kg en 1 an.

Transit baryté : pas d'ulcus peptique.

Novembre 1956 : Admission à Créteil.

Radio de l'abdomen : pas de lithiase.

Splénomanométrie : PP = 40

Splénoportographie : veine splénique dilatée mais pas d'obstacle.

Intervention le 3 Janvier 1957 (Pr. L. LEGER)

- Rate augmentée de volume ;
- pancréas plus dur que la normale ;
- les pancréatographies ascendantes puis descendantes après section de l'isthme sont impossibles.

- Pancréatectomie gauche et splénectomie.

L'histologie confirme la pancréatite chronique.

Examen anatomo-pathologique : l'architecture d'ensemble est conservée, et la principale lésion de ce parenchyme pancréatique semble être une congestion intense, artérielle mais surtout veineuse avec des suffusions oedémateuses interstitielles. Un examen plus précis révèle cependant des lésions de sclérose fine mais indubitable.

Les canaux et canalicules sont maintenus béants par la densification de leur armature conjonctive. Des pinceaux de sclérose péri-canalaire et péri-vasculaire, ébauchent une sclérose péri-lobulaire.

Dans les lobules, toute la trame collagène est épaissie, sans modification de l'ordination acineuse.

Les prélèvements objectivent probablement la fin d'une poussée aiguë.

Les suites opératoires sont simples depuis l'intervention, disparition des douleurs.

°°°

OBS. N° 3

CHEV... Charles - 44 ans.

Entre dans le service le 10 mai 1957 pour pancréatite aiguë récidivante.

Le début de son histoire remonte à février 1956 où il est hospitalisé pour un syndrome épigastrique avec défense évoquant une perforation, mais sans pneumopéritoine.

Traitement médical : amélioration. Des radiographies de l'estomac en mars et mai 1956 montrent un ulcère de la partie haute de la petite courbure.

Novembre 1956 : nouveau syndrome abdominal aigu.

Le 30 avril 1957 : syndrome abdominal aigu. La notion de crises antérieures fait instituer un traitement médical.

L'amylasémie qui n'a pu être pratiquée qu'après 48 heures, confirme le diagnostic par son chiffre à 148 U.S., ainsi que l'amylasurie supérieure à 256 U.W. L'amélioration est très rapide.

Envoyé dans le service de Créteil.

Splénométrie : pression 16.

Splénoportographie : ébauche de sténose de la ponction spléno-portale.

Biligraphin : sur tous les clichés dilatation importante du cholédoque dans sa portion sus-pancréatique alors que le cholédoque présente un aspect rétréci dans sa portion rétro-pancréatique.

Le 19 mai 1957, au cours de son hospitalisation, le malade fait une nouvelle poussée douloureuse qu'objective une brusque montée de l'amylasémie à 826 U.S. et de l'amylasurie à 1024 U.W.

L'intervention prévue est remise. Elle aura lieu après sédation progressive des phénomènes douloureux.

Intervention le 8 juin 1957 (Pr. L. LEGER)

Vésicule tendue, ne se vidant pas à la pression. Très volumineux cholédoque sus-pancréatique. Pancréas grumeleux de consistance. Augmenté sur toute son étendue. Rate augmentée de volume.

Pancréatectomie gauche emportant la rate.

Le Wirsung apparaît un peu dilaté sur la tranche de section : aucun passage avant 18, pression résiduelle à 13. Sur les clichés, le Wirsung céphalique est sinueux, en épingle à cheveux.

Pancréato-jéjunostomie.

Les suites opératoires sont des plus simples.

Examen anatomo-pathologique : Poussée de pancréatite aiguë sur un fond de pancréatite subaiguë sclérogène très évolutive.

Le 4/7/1957 : on enlève la sonde de cholestostomie et le malade sort le 6 juillet en très bon état général, ne présentant plus aucune douleur.

°°°

OBS. N° 4

CLE... Marceau - 42 ans.

Entre dans le service le 20/6/1956 pour un syndrome douloureux chronique de l'hypocondre gauche.

Il y a dix ans environ, apparition de douleurs épigastriques à type de pesanteurs.

Depuis 1953, les douleurs se localisent à l'hypocondre gauche, permanentes, avec épisode de subictère conjonctival.

Depuis quelques mois, sur ce fond continu, surviennent des crises douloureuses paroxystiques sous-costales gauches, de brève durée, violentes, irradiant vers la région lombaire gauche. L'altération de l'état général s'accroît : amaigrissement de 6 kg en quelques mois, asthénie importante.

A son entrée, le patient amaigri, se plaint de façon continue de l'hypocondre gauche et de l'épigastre. Signe de Mallet-Guy très net.

Radio de la vésicule : vésicule exclue sans lithias.

Biligraphin : normal.

Radio de l'estomac : normale

élargissement du cadre
duodénal.

Spléno-portographie : image de stase

défaut d'injection du
lobe gauche du foie.

Première intervention : le 27/6/1956 (Pr.L.LEGER)

- Pancréas : aspect normal - biopsie.

- Cathétérisme rétrograde du Wirsung :
image polymaculaire de la tête.

- Drainage du Wirsung.

- Pancréatographie post-opératoire : image de
sténose isthmique.

- Réapparition des douleurs au bout de 3 mois.

Deuxième intervention : le 2/10/1956 (Pr.L.LEGER)

- Le pancréas est macroscopiquement normal.

Pancréatectomie gauche emportant la rate -
sur la tranche de section on ne repère pas le
Wirsung, ce qui empêche de faire la pancréato-
graphie rétrograde projetée. Fermeture de la
tranche pancréatique au lin. Un drain.

Trois mois et demi plus tard, il revient
dans le service pour un nouveau point doulou-
reux para-ombilical gauche comparable à celui
qui existait avant l'intervention.

Troisième intervention : le 1/4/1957
pancréato-jéjunostomie.

Le pancréas dans son segment isthmique rési-
duel est manifestement induré. Sa ponction ne
donne issue à aucun suc pancréatique. On élar-
git la pancréatectomie en reportant la sec-
tion à droite de la ligne médiane. Cathétérisme
facile du Wirsung. Pancréatographie descen-
dante. Le segment céphalique du Wirsung paraît
manifestement dilaté.

L'examen anatomo-pathologique montre que l'aspect d'ensemble du parenchyme pancréatique est celui d'une "pancréatite d'amont".

Par ailleurs, sur les colorations normales, les îlots de Langerhans sont en nombre plus important que normalement.

- Les suites opératoires sont normales.

- Les douleurs ont enfin complètement disparu.

- Echec à distance.

°°°

OBS. N° 5

FAUG... Marie - 67 ans.

Est entré le 22-2-1955 le matin, pour une crise douloureuse épigastrique.

- survenue la nuit, brutalement,

- sans prodromes,

- faite d'une douleur en ceinture : hypocondre droit, épigastre, hypocondre gauche,

- irradiant dans le dos ++ - un peu dans les épaules,

- empêchant la malade de respirer.

Par ailleurs : nausées,

efforts de vomissements ramenant un peu de bile.

ANTECEDENTS :

Opérée en 1951 pour volvulus du caecum - compte rendu peu probant.

Opérée en 1952 pour pancréatite aiguë hémorragique.

Il semble qu'actuellement c'est la 3ème crise du même type. Les douleurs lors de la 1ère intervention en 1951 ont été identiques. Après 1952, n'a pas souffert de l'abdomen, a suivi un régime sévère. Pas de troubles du transit intestinal.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1° - Amylasurie : 1024 U.W.

2° - Amylasémie : 594 U.V.

INTERVENTION le 5 mars 1955 - Pr L. LEGER

- Pancréas induré, ligneux.
- duodénotomie, papille turgescence,
- cathétérisme du Wirsung difficile,
P = 12 cm
- Pancréatographie ascendante
images polymaculaires de la tête, du corps
et de la queue
- cholécystostomie - Drainage du Wirsung.

PANCREATOGRAPHIE : post-opératoire.

7 mars 1955 : douleur sous-costale droite,
après injection de 3 cc de diodone - dispari-
tion des images polymaculaires.

8 mars 1955 : injection de 5 cc de sérum
physiologique - pas de douleur.

12 mars 1955)
1er mars 1955) pas de douleur

ablation des drains les 22 et 27 mars.

Sort le 21 avril 1955, dans un état amélio-
ré.

Le 21/5/1955 : Consultation du Pr. LEGER.

- va bien au point de vue état général
- n'a pas souffert depuis l'intervention
- digère bien

Le 8/11/1955 : aucune douleur
excellent état général.

°°°

OBS. N° 6

FLO... Adolphe - 56 ans.

Présente un long passé pathologique, puisque
ce malade a subi en novembre 1954 après une
longue histoire de douleurs épigastriques,
avec amaigrissement de 10 kg en un an, une
gastrectomie pour ulcère haut situé de la pe-
tite courbure. Le malade recommence à souffrir,
un mois plus tard de crises solaires avec
anorexie et vomissements.

Il est réopéré en Janvier 1955 et on pratique alors une anastomose jéjuno-jéjunale. Les vomissements cessent, mais les crises douloureuses persistent avec diarrhée chronique et tendance à l'amaigrissement. C'est alors qu'est évoqué le diagnostic de pancréatite aiguë, et de fait il existe un signe de Mallet-Guy ; l'amilasémie est augmentée à 170 unités.

Intervention le 7/9/1955 (Pr. L. LEGER)

- Tête du pancréas granuleuse dure ;
- Duodénotomie : papille béante ;
- Cathétérisme du Wirsung : éjaculation de liquide clair paraissant en rétention.
- Pancréatographie ascendante : aspect maculaire témoignant de la pancréatite chronique.
- Pancréatectomie gauche avec splénectomie : Wirsung non dilaté à la section.
- Pancréato-jéjunostomie et drainage du Wirsung.

Le suc pancréatique, recueilli par ce tube présente une activité trypsique importante à 8,8 unités, le jour de l'intervention. Son activité tombera au voisinage de 0 les jours suivants.

Suites opératoires simples jusqu'au 17 septembre. A cette date, crise douloureuse abdominale, avec irradiations scapulaires gauches, météorisme, température à 40. L'amilasémie est à 213 unités, l'amilasurie à 256, cependant que le suc pancréatique présente à nouveau une activité trypsique spontanée. Cette crise est sans lendemain et les suites opératoires sont dès lors des plus simples.

Les pancréatographies post-opératoires montrent l'amputation du Wirsung, portant seulement sur le segment caudal. On avait l'impression en cours d'intervention, d'enlever une partie importante du pancréas, une dizaine de cm. En fait, la queue du pancréas paraît avoir

été, dans ce cas particulièrement développée, puisque sur les pancréatographies le Wirsung injecté répond à la tête et au corps de l'organe. Puis on voit le produit de contraste filtrer dans le jéjunum ; par contre n'est plus visible l'image en flaque de la tête.

L'examen histologique montre tant sur le fragment céphalique prélevé pour biopsie que sur la queue du pancréas, envoyée en totalité au laboratoire, des zones de sclérose autant péri qu'intra-lobulaire avec dilatation des canaux excréteurs, dont le revêtement est desquamé ou parfois mucipare et qui sont entourés d'un manchon fibreux. Autour du pancréas, quelques veines dilatées dont certaines présentent un thrombus partiel fibrineux infiltré de lymphocytes et de plasmocytes.

°°°

OBS. N° 7

FRON... Victor - 56 ans.

Malade adressé de Varsovie au Professeur LEGER pour pancréatite aiguë récidivante.

Les premiers troubles remontent à 1954 par des crises douloureuses de l'hypocondre droit, avec irradiations scapulaires, douleurs paroxystiques durant 4 à 5 heures, puis s'estompant. Cette poussée algique s'atténue et disparaît en 2 mois.

En 1955 : les douleurs réapparaissent mais atténuées.

En 1956 : ce sont des crises aiguës survenant tous les mois.

En janvier 1957 une crise particulièrement violente nécessite son hospitalisation à Varsovie. Trois éléments dominant alors le tableau clinique :

- de violentes douleurs de l'hypocondre droit avec irradiations dorsales,
- une température élevée,

- un ictère survenant au cours de la crise.

Une semaine plus tard, nouvelle crise, avec les mêmes symptômes, amylasémie à 2000 U.

A l'entrée du malade le 19/5/1957 les douleurs sont peu intenses. L'état général est bon, l'examen clinique négatif chez ce malade adipeux.

Examens de laboratoire : Amylasémie à 160 U.S. Amylasurie à 64 U.W.

Une splénométrie trouve une pression à 10. La splénoportographie donne des images normales. Sur la biligraphie, la voie biliaire principale n'est pas dilatée. Il n'y a pas de lithiase pancréatique.

L'intervention est pratiquée le 29/5/1957 par le Pr. LEGER. Vésicule blanchâtre à paroi épaissie. Le corps et la queue du pancréas sont infiltrés, indurés et sont le siège d'une infiltration graisseuse très anormale.

Pancréatectomie gauche emportant la rate. Cathétérisme facile du Wirsung vers la tête par la tranche de section sur laquelle il n'apparaît pas dilaté. Passage dans le duodénum à la pression de 10 cm environ. Le segment céphalique du Wirsung décrit un crochet en hameçon et n'apparaît pas dilaté sur le cliché.

Pancréato-jéjunostomie.

Cholécystostomie qui permet l'ablation d'une douzaine de petits calculs.

Examen anatomo-pathologique de la pièce de résection pancréatique, objective une pancréatite chronique. Le système canalaire semble normal.

Au bout de 5 semaines, on enlève la sonde de cholécystostomie. Le malade sort au bout de 2 mois, en très bon état général, sans aucune douleur, sa glycémie étant à 1,20 g.

OBS. N° 8

GEN... Gérard, - 22 ans

Mai 1954 : le malade, alors au service militaire, présente une pancréatite oedémateuse. Exploration, simple drainage. Puis nouvelles crises de pancréatite survenant à des intervalles variables, ne cédant pas malgré les infiltrations splanchniques.

Avril 1955 : crise très violente nécessitant une réintervention.

On découvre une pancréatite gangréneuse, imposant un drainage par Mickulicz.

Depuis, poussées douloureuses persistantes et installation d'une fistule pancréatique au centre d'un placard inflammatoire.

Septembre 1955 : admission à Créteil.

Une fistulographie n'injecte seulement que le segment médian du Wirsung.

Intervention le 16/7/1955 (Pr. LEGER)

Duodénotomie. Le cathétérisme du Wirsung bute vite.

Pancréatographie ascendante. Opacification du seul segment céphalique avec aspect de sténose isthmique. Reflux massif dans les voies biliaires, avec coudure et sténose du bas cholédoque.

Drainage du Wirsung.

SUITES : la fistule se tarit progressivement, tandis que le drain du Wirsung commence à donner.

Au 12ème jour, la fistule paraît définitivement guérie.

3 semaines après : une pancréatographie par le drain montre que le liquide de contraste franchit la sténose médiane.

Chute du drain au bout d'un mois.

Le malade quitte le service en excellent état.

En novembre 1955 :

Le sujet a présenté 2 nouvelles crises douloureuses, la deuxième très forte, avec contracture et ballonnement abdominal.

Splénoportographie : pression à 17 cm.

Dilatation de la veine splénique.

2ème intervention le 7/12/55 (Pr. LEGER) :

Queue et corps du pancréas atrophiques.

Isthme laminé.

Pancréatectomie gauche emportant la rate
très augmentée de volume.

Examen anatomo-pathologique : Pancréatite
subaiguë sclérogène sans systématisation élec-
tive.

Les canaux et canalicules non dilatés sont
entourés d'un épais adventice scléreux. Dans
certains lobules, les pinceaux scléreux qui
unissent les espaces péri-canaliculaires
entre eux réalisent un morcellement irrégu-
lier du parenchyme. Dans ces segments, beau-
coup d'acini isolés par une sclérose péri-
acineuse sont en régression canaliculaire et
les îlots de Langerhans tendent à l'hyperpla-
sie. Les vaisseaux congestifs sont bourrés
de leucocytes et s'entourent de polynucléai-
res. Ce qui a dû être une infiltration oedé-
mateuse fait place à une sclérose jeune,
encore très cellulaire, et certainement évo-
lutive.

Les suites opératoires sont excellentes.

Le malade n'a pas présenté de nouveau phé-
nomène douloureux.

°°°

OBS. N° 9

GOUR... René - 42 ans

Le début de l'histoire chirurgicale remon-
te en 1951 où il est opéré de gastrectomie
pour un gros ulcère calleux térébrant dans
le pancréas.

Les suites paraissent simples jusqu'en
1953 où apparaissent des crises douloureuses
épigastriques irrégulières dans leur durée
et leur horaire.

En 1954, une crise particulièrement violente conduit à une intervention exploratrice qui ne trouve aucune anomalie de la bouche, mais juge le pancréas un peu induré.

En septembre 1956, des crises douloureuses subintrantes pendant 3 jours. Nouvelle laparotomie : pancréatite oedémateuse, confirmée par biopsie.

Les suites opératoires sont normales avec suppression immédiate des crises douloureuses.

Fin septembre 1956, le malade va bien, mais de la cicatrice abdominale s'écoule un liquide verdâtre d'odeur fécaloïde qu'il est difficile d'identifier. Le malade est alors adressé au Pr. L. LEGER.

Amylasémie à 88 U.S., amylasurie à 128 U.W.

Une splénoportographie avec pression portale à 15 offre le contraste d'une veine splénique qui paraît dilatée et une veine porte relativement fluette, avec peut-être une très légère sténose sur la ligne médiane.

Un biligraphin montre une vésicule sans lithiasse, qui se contracte mal, mais n'injecte pas la voie biliaire principale. La fistule tend à se tarir et on décide :

Intervention le 17/10/1956 (Pr. L. LEGER)

- Pancréas inabordable
- Duodénotomie impossible.
- Pancréatectomie gauche emportant la rate;
- Pancréatographie descendante : dilatation du segment corporel du Wirsung et du segment céphalique.
- Sténose entre les deux segments.
- Pancréato-jéjunostomie.

Une biopsie extemporanée du pancréas avait conclu à une pancréatite chronique avancée.

Les suites opératoires sont simples au début. Les douleurs ont disparu, l'état général est meilleur. Une amyiasémie quelques jours après l'intervention est à 42 U.S.

l'amylasurie à 16 U.W., la glycémie à 1,30.

Mais une fistule va de nouveau apparaître au bout de 10 jours avec issue de matières fécales.

Plusieurs interventions furent entreprises pour tarir cette fistule, puis finalement décès.

L'autopsie confirme la destruction presque complète du tissu pancréatique.

°°°

OBS. N° 10

GES... Yvonne - 55 ans.

Intervention Pr. L. LEGER - Hôpital Américain Neuilly le 24/10/1957 : pancréato-jéjunostomie.

Malade ayant subi plusieurs interventions chirurgicales pour un long passé douloureux épigastrique dont le début remonte à 1949 : Cholécystectomie en juillet 1949 - Ictère par hépatite en mai 1952.

Continue à souffrir de façon discontinue jusqu'en mai 1957 : syndrome douloureux épigastrique assez imprécis dont aucun examen radiologique ne fait la preuve étiologique, s'accompagnant de troubles dyspeptiques assez importants pour que l'on réintervienne.

En mai 1957 : exploration du cholédoque et gastro-entérostomie : cette nouvelle intervention n'entraîne pas la sédation désirée. Une amylasémie et une amylasurie se montrant augmentées, le malade est alors adressé au Fr. L. LEGER avec le diagnostic de pancréatite chronique possible.

A ce moment, le syndrome douloureux est constitué de douleurs épigastriques continues avec paroxysmes assez rapprochés, douleurs épigastriques en ceinture avec irradiations nettes, notamment ni scapulaires ni dorsales.

OBS. N° 11

LAB... - 56 ans

En 1944 : gastrectomie subtotale pour ulcère perforé.

En 1956 : hospitalisé pour un syndrome sub-occlusif avec douleur abdominale irradiant vers la région lombaire gauche.

En janvier 1957 : douleur épigastrique violente avec irradiation douloureuse postérieure transfixiante.

Le 21 janvier 1957 : admission à l'Hôpital de Créteil :

Splénomanométrie : PP 23

Splénoportographie : image normale, mais stase dans la veine splénique.

Intervention le 26 janvier 1957 - Pr. L. LEGER.

- Corps et queue du pancréas scléreux, indurés ;
- Pancréatectomie gauche emportant la rate ;
- Section isthmique Wirsung non dilaté ;
- Cathétérisme de gauche à droite, facile ;
- Pancréatographie descendante : passage duodénal facile, Wirsung non dilaté.
- Pancréatectomie gauche et splénectomie.

Examen anatomo-pathologique : Pancréatite chronique dont l'importance augmente de la tranche de section opératoire vers la queue de l'organe. Elle est caractérisée par :

- une sclérose interlobulaire encore lâche, dont la systématisation est à la fois périsvasculaire et péricanalaire.
- une sclérose péricanalaire et péricanaliculaire sous ectasique sauf dans les derniers centimètres de l'organe.

Le Wirsung et ses branches secondaires ne sont pas dilatés, leur adventice scléreuse est épaisse et rigide ; leur revêtement est souvent en métaplasie, légèrement végétant dans la lumière.

Dans les derniers centimètres gauches de l'organe, une sclérose intralobulaire et périacineuse s'accompagne d'une régression canaliculaire des acini et d'une hyperplasie langerhansienne.

Presque pas de périviscérite, les filets nerveux sont normaux.

Les suites opératoires sont bonnes, nette amélioration immédiate.

° ° °

OBS. N° 12

LAV... Maurice - 29 ans.

Adressé dans le service pour des crises douloureuses épigastriques, extrêmement violentes qui s'accompagnent d'un état de choc. Le rythme de ces crises va en se précipitant.

Déjà opéré le 29 décembre 1951 de pancréatite aiguë traitée par simple drainage.

La survenue des crises de pancréatite aiguë récidivante a conduit différents chirurgiens à pratiquer successivement une cholécystostomie puis une gastrectomie.

Néanmoins le malade continue à présenter des crises douloureuses et son amylasémie demeure augmentée même en dehors de celles-ci : amylasémie : 250, amylasurie : 128, lors de notre examen.

Intervention le 9/10/1954 - Pr. L. LEGER -

- Tête du pancréas très indurée, ligneuse ;
- Duodénotomie, cathétérisme facile du Wirsung ;
- La pancréatographie n'injecte que le segment céphalique de la glande, dessine un affluent supérieur de la tête sur lequel se branche une série de rameaux canaliculaires qui se terminent en culs-de-sac dilatés ; l'aspect est typique d'une pancréatite chro-

nique de la tête.

- Drainage du Wirsung.

Dès le surlendemain de l'intervention, une nouvelle pancréatographie montre une amélioration de l'image qui se traduit par la raréfaction des images de dilatation canaliculaire. Le retour vers le mieux sera encore plus visible sur des pancréatographies pratiquées après 17 jours et 24 jours de drainage du Wirsung.

Nous revoyons le malade en février 1955. La thérapeutique a été totalement insuffisante puisqu'il a présenté 4 nouvelles crises aiguës de pancréatite. Amylasémie : 80 ; Amylasurie : 64.

Réintervention le 7/2/1955 - Pr. L. LEGER -

- Queue et corps du pancréas indurés ;
- Pancréatectomie gauche emportant la rate ; section isthmique ;
- pancréatographie descendante, bonne injection duodénale, Wirsung non dilaté ;
- pancréato-jéjunostomie.

A partir de cette intervention le malade dont les crises étaient presque subintrantes n'a plus souffert. L'examen histologique de la pièce de pancréatectomie a montré une sclérose pancréatique importante. Dans la sclérose filets nerveux hyperplasiques.

En mai 1955, nous recevions des nouvelles de cet opéré, en Maison de Santé pour asthénie avec anémie, mais qui n'a plus présenté une seule crise douloureuse depuis l'intervention.

Malheureusement, le malade est décédé de tuberculose pulmonaire en 1956.

OBS. N° 13

LECL... Angèle - 48 ans -

Admise à Créteil le 5-3-56 pour Pancréatite aiguë récidivante.

La première crise remonte au 1er février 1955. Elle débute par des douleurs en barre dans le creux épigastrique, se généralisant vite à tout l'abdomen, irradiant dans les lombes, le dos, la nuque, présentant des paroxysmes toutes les 5 minutes, s'accompagnant rapidement de vomissements et de diarrhée.

L'intervention note une pancréatite aiguë hémorragique avec vésicule distendue qui est drainée. Reprise progressive des crises à un rythme de plus en plus rapproché, pour devenir presque quotidiennes au mois de décembre 1956. Ces crises douloureuses sont du même type que la crise initiale, sans vomissement, avec ballonnement abdominal durant une journée voire plus. Par ailleurs : anorexie et amaigrissement de 12 kg.

A l'examen : abdomen : douleur provoquée dans le creux épigastrique se propageant jusqu'à l'ombilic. Point douloureux de Mallet-Guy, point douloureux vésiculaire.

Examens complémentaires :

Splénomano-métrie : pression 30

Splénoportographie : obstacle indiscutable à la jonction veine splénique-tronc porte, témoins d'une lésion dont l'origine pancréatique est certaine.

Intervention le 14/3/56 - Pr. L. LEGER -

- Pancréas dur, ligneux avec prédominance des lésions sur le corps et la queue.

- Rate augmentée de volume.

- Duodénotomie : papille turgescente, cathétérisme du Wirsung difficile, aspect râpeux.

- Pancréatographie ascendante : Image maculaire de la tête.

- Cholécystostomie et drainage du Wirsung.
Quinze jours après l'intervention reprise
des crises douloureuses. On décide une :
Deuxième intervention le 9/4/56 - Pr.

L. LEGER -

- Corps et queue du pancréas ligneux, isthme laminé, section isthmique : Wirsung dilaté, cathétérisme de gauche à droite, on tombe sur un rétrécissement siégeant à quelques millimètres de la section pancréatique. Ceci fait renoncer à la pancréato-jéjunostomie envisagée.

- On pratique alors une pancréatectomie gauche avec splénectomie.

Examen anatomo-pathologique : cette pancréatite chronique, observée en amont d'une sténose isthmique est bien particulière. Au même titre que la ligature expérimentale du canal de Wirsung, elle entraîne la régression de tout le parenchyme glandulaire exocrine.

Les îlots de Langerhans sont normaux ou légèrement hyperplasiques.

Suites opératoires : le 20/6/56 : ablation de la sonde de cholécystostomie après radiomanométrie. Le malade n'a plus présenté de douleurs depuis l'intervention.

°°

OBS. N° 14

LEF... Paul - 48 ans.

Le 7/2/56, le malade est envoyé dans le service pour pancréatite chronique récidivante. Le début de la maladie remonte environ à deux ans. Le malade présente :

- des crises douloureuses, violentes, le pliant en deux, localisées au creux épigastrique, irradiant très peu, parfois vers l'hypocondre droit ou gauche, durant 24 ou 48 heures : fond continu avec paroxysmes

obligeant le malade à se mettre au lit 2 à 3 jours, on ne note pas de rapport avec les repas ; le rythme des douleurs autrefois 2 à 3 crises par mois ; actuellement 1 par semaine. Les crises douloureuses, par leur fréquence et leur violence sont une gêne considérable à l'activité du malade.

A l'examen :

Abdomen : on note une douleur provoquée par la palpation au niveau précis où le malade dit que siège la douleur spontanée.

Pas d'autre point douloureux : rate, foie normaux.

Cadre duodénal : élargissement.

Biligraphin normal.

Splénomano-métrie : P à 22 - Splénoportographie normale.

Première intervention le 22/2/56 - Pr. L. LEGER -

- Pancréas plus rose que normalement,
- Tête de consistance grumeleuse,
- Duodénotomie.
- Cathétérisme du Wirsung P 15 cm
- Pancréatographie ascendante - Drainage du Wirsung.

Après accalmie transitoire, reprise des douleurs épigastriques.

Deuxième intervention le 20/9/1956 - Pr L. LEGER -

- Pancréas dur en totalité,
- Pancréatectomie gauche emportant la rate,
- A la surface du pancréas, îlot de stéatonecrose ;
- A la section isthmique Wirsung non dilaté.
- Pancréatographie descendante, segment céphalique du Wirsung dilaté.
- Radiomano-métrie : passage duodénal à 10 cc.
- Pancréatectomie gauche et splénectomie.

A sa sortie, le malade est en excellent état, n'ayant pas présenté de nouvelles crises douloureuses.

Rentre dans le service le 5/4/57 pour un bilan général : le malade semble avoir tiré un réel bénéfice de l'intervention :

amylasémie 48 U.S.

amylasurie 64 U.W.

°°

OBS. N° 15

MAF... Janine - 24 ans

Vient pour des crises douloureuses paroxystiques de l'hypocondre droit ; passé chirurgical déjà chargé :

- appendicectomie en 1948

- cholécystectomie en 1950

- droite en 1952

- annexectomie en 1955

En 1956 : Persistance de crises douloureuses de l'hypocondre droit.

Examen : signe de Mallet-Guy

foie augmenté de volume

Biligraphin : bonne injection du cholédoque.

Amylasémie : 48 U.S. ; amylasurie : 32 U.W.

Tubage à la sécrétine déclenche une nouvelle crise.

14/2/56 : Intervention - Pr. L. LEGER -

- Pancréas non induré

- duodénotomie

- le cathétérisme du Wirsung bute contre un obstacle,

- pancréatographie

- image polymaculaire de la tête

- plicature du Wirsung à 4 cm de la papille

- drainage externe du Wirsung.

Suites opératoires : tarissement de l'écoulement en 7 jours. Pancréatographie post-opératoire déclenche une crise douloureuse identique à celles ressenties avant l'intervention. Reprise progressive des crises.

Deuxième intervention le 12/3/56 - Pr.L.LEGER -
- Pancréato-jéjunostomie, Wirsung dilaté à la section.

- Examen anatomo-pathologique confirme la pancréatite chronique.

Suites opératoires simples . Cette malade a présenté ultérieurement :

- une occlusion par brides
- un ictère fébrile en avril 1957
- Enfin plusieurs épisodes d'hypoglycémie, avec douleurs épigastriques, sueurs, vertiges et même perte de conscience. Une glycémie à 0,42.

Actuellement disparition totale des douleurs. Elle présente de temps à autre des malaises hypoglycémiques légers et quelques crises diarrhéiques non imputables à des écarts de régime.

° ° °

OBS. N° 16

MAM... Bel Kacem - 30 ans

L'histoire clinique débute en 1949 par un syndrome douloureux épigastrique de type ulcère duodénal. L'échec du traitement médical conduit à l'intervention chirurgicale : gastrectomie type Finsterer le 23/1/1952.

La reprise des douleurs quelques mois après fait évoquer le diagnostic d'ulcère peptique que confirme la radiographie.

Le 22/10/1953 vagatomie bilatérale par voie thoracique gauche. Un épanchement pleural organisé nécessitera 2 mois plus tard une décortication pulmonaire. L'évolution des

douleurs abdominales est favorable jusqu'en juin 1955, où le malade revient consulter pour des douleurs de l'étage sus-mésocolique assez nettement localisées et au-dessus et à droite de l'ombilic, sans aucune périodicité. sans rapport avec les repas. L'état général est bon. Les explorations radiologiques montrent l'intégrité de la bouche gastro-jéjunale et des voies biliaires.

Réintervention le 8/7/1955 : Médiane - la vésicule est entourée d'adhérences, mais son aspect est normal. La bouche de gastrectomie paraît satisfaisante. On continue l'exploration vers le pancréas dont la queue paraît très anormalement indurée. L'exploration de la tête est rendue difficile par la disposition anatomique de la gastrectomie.

Duodénotomie -cathéterisme du Wirsung : le liquide s'écoule sans pression anormale et ramène un bouchon muqueux que l'on recueille pour examen histologique.

Pancréatographies : image maculaire à gauche du rachis.

Biopsie pancréatique au niveau de la queue cathéterisme du Wirsung à demeure.

L'anatomo-pathologie répondra : sclérose lobulante le tissu pancréatique sans altération des acini ni des îlots de Langerhans qui sont assez rares. Le tube de Polythène va rester en place 8 jours. Il permettra de recueillir un suc pancréatique contenant de la trypsine active.

Une pancréatographie post-opératoire, montre le retour à la normale de l'image pancréatique 48 h après l'intervention, cependant que la distension du Wirsung éveille une douleur sous-costale droite comparable à celle qu'accusait spontanément le malade. L'origine de la douleur est ainsi affirmée. Après une sédation temporaire, les troubles réapparaissent en septembre 1955 : douleur sous-costale droite avec paroxysmes post-prandiaux. Après

échec d'une série d'infiltrations splanchniques, on se décide à une pancréato-jéjunostomie.

Intervention le 5/10/1955 - Pr. L. LEGER -
Incision costo-sus-ombilicale gauche.

Rate assez volumineuse que l'on décolle de la paroi.

Pancréatectomie gauche. A la jonction corps-queue on trouve un foyer inflammatoire avec une goutte puriforme au contact de 3 ligatures de lin posées au moment de la biopsie pancréatique de juillet 1955. Pancréato-jéjunostomie sur anse en Y. Suture sur deux plans points séparés.

L'anse est montée en pré-colique. Rétablissement de la continuité. Drainage de Babcock.

Les suites sont simples et le malade sort sans douleur. Ultérieurement, traité par P.A.S. et Rimifon pour une pleurésie droite, le malade étant hospitalisé à La Pitié, accuse encore de vagues douleurs de l'hypocondre droit, mais de façon très irrégulière et dans l'ensemble se trouve très amélioré.

°°°

OBS. N° 17

MARI... - 21 ans -

Janvier 1956 : hémorragies digestives massives.

Février 1956 : exploratrice (Dr OLLIER à Moulins).

Pas de lésion gastro-duodénale, mais dilatation des veines de la petite courbure de l'estomac et du ligament gastro-colique.

Une mesure de la pression faite dans un affluent de la gastro-épiploïque droite montre une pression à 20.

Mars 1956 : admission à Créteil.

Radio gastro-duodénale : irrégularité de la petite courbure.

Spléno-manométrie : $P = 25$ cm.

Spléno-portographie : mauvaise injection du tronc spléno-mésaraïque avec dilatation de la veine splénique. On conclut à une hypertension portale segmentaire par obstacle pancréatique vraisemblablement.

Intervention 16 mars 56 (Pr. L. LEGER)

Estomac normal.

Pas de varice sur la grosse tubérosité, mais lacis veineux de la petite courbure. Pancréas induré dans la région isthmique - une biopsie extemporanée conclut à une pancréatite chronique.

Pancréatectomie gauche avec splénectomie.

Examen anatomo-pathologique :

la morphologie de l'ensemble de l'organe est conservée. Les canaux ne sont pas dilatés, mais du Wirsung aux plus petites branches périphériques, leur atmosphère conjonctive est plus importante que normalement. Dans l'ensemble les lobules acineux paraissent normaux. En quelques points cependant, les acini sont écartelés par un oedème en voie d'organisation scléreuse, ailleurs une sclérose déjà dense mutile profondément leur architecture en périphérie des petits canaux excréteurs.

Poussée de pancréatite oedémateuse en voie de résolution.

Les suites furent sans incident.

° °

OBS. N° 18

Mme OLE ...

En avril 1954 : crise douloureuse épigastrique. L'examen radiologique pratiqué fait suspecter un ulcus duodénal. Un traitement anti-ulcéreux est institué.

En avril 1955 : nouvelle crise douloureuse épigastrique.

Le 10 novembre 1956 : crise douloureuse épigastrique s'accompagnant le lendemain d'irradiations postérieures vers la région lombaire gauche et vers l'hypocondre gauche.

Le 13 novembre 1956 : admission à Créteil pour syndrome abdominal aigu avec vomissement réalisant un tableau de perforation d'ulcère.

- Radio sans préparation : pas de pneumopéritoine.

- Amylasémie élevée à 522 U. ainsi que amylasurie : 512.

.. Splenomanométrie : P = 21

- Splénoportographie : légère dilatation du tronc porte. Il semble exister un retentissement à la terminaison de la veine splénique.

Intervention le 16 novembre 1956 - Pr. L. LEGER -

Grosse vésicule tendue.

Pancréas induré en totalité, tête très augmentée de volume, les mésos voisins sont oedématisés.

Duodénostomie, cathétérisme du Wirsung, il ne semble pas y avoir de rétention.

Pancréatographie, image en flaque de la tête.

Cholécystostomie et drainage du Wirsung.

Radiomanométrie biliaire, passage du cystique à 18 cm, résiduelle à 15 cm.

Disparition des douleurs.

Novembre 1957 : deux mois après l'intervention, réapparition progressive de douleurs dans l'hypocondre droit, irradiant dans l'angle costo-vertébral droit, survenant sans rythme et n'ayant pas l'intensité des douleurs antérieures à l'intervention.

Radio biliaire : vésicule volumineuse, cholédoque dilaté.

Le 23/II/1957 on pratique une dérivation biliaire par cholécysto-duodénostomie.

OBS. N° 19

VER... Pamphile - 52 ans -

Début des troubles en 1948 : douleurs diffusant à tout l'abdomen.

L'intervention pratiquée montre une tuméfaction pancréatique que l'on pense être néoplasique, pancréatectomie caudale et splénectomie.

En 1951 : réapparition des douleurs épigastriques, avec irradiations transfixiantes et inter-scapulaires.

Radiographie : image de compression du cadre duodénal.

Intervention le 26/3/52 - Pr. L. LEGER -

Tête et corps du pancréas augmentés de volume.

Duodénotomie. Cholangiographie, cholédoque pancréatique étranglé et déformé.

Pancréatographie : Wirsung tortueux avec dilatation pseudo-kystique.

Sphinctérotomie

Drainage du Wirsung

Cholécystostomie.

La biopsie pancréatique conclut à une pancréatite d'amont. Une pancréatographie post-opératoire déclenche la douleur auparavant ressentie.

Suites opératoires : disparition presque complète des douleurs, mais découverte d'un diabète et d'une tuberculose pulmonaire.

1955 : Réapparition d'un syndrome douloureux épigastrique, douleurs vives irradiant vers les hypocondres et région dorsale.

Intervention le 18/11/55 - Pr. L. LEGER -

- Section isthmique du pancréas.

- pas de dilatation canalaire.

- pancréatectomie gauche.

L'examen anatomo-pathologique montre une sclérose plus importante que l'examen précédent. Mais l'amélioration n'est que de courte

durée:

- apparition des douleurs violentes irradiant vers la fosse iliaque droite, l'épigastre, les lombes,
- la biligraphie montre une dilatation du cholédoque sus-pancréatique avec effilement du cholédoque terminal.

Intervention le 21/1/57 - Pr. L. LEGER -

- Section pancréatique : dilatation du Wirsung.
- Pancréato-jéjunostomie.

Amélioration considérable. Il persiste néanmoins des douleurs strictement sous-costales droites vraisemblablement en rapport avec la distension des voies biliaires.

De fait, on pratique le 6/7/57 une cholédoduodénostomie, qui a fait actuellement disparaître ces séquelles douloureuses.

°°

OBS. N° 20

M. VOQ... - 53 ans -

Vient consulter pour des douleurs à type de crampes épigastriques survenant 3 heures après les repas,

pliant le malade en deux,

puis se généralisant rapidement à tout l'abdomen,

calmées par une heure de repos couché.

Ces douleurs évoluent au début par crises de 15 jours à trois semaines avec des intervalles non douloureux de deux mois.

Puis, progressivement, ces douleurs deviennent quotidiennes, procédant par paroxysmes sur un fond douloureux permanent avec vomissements. Amaigrissement de 10 kg en 8 mois.

Radio de l'estomac : image de sténose du canal pylorique.

Splénomano-métrie : PP = 8

Splénoportographie : dilatation de la veine splénique avec mauvaise opacification de la jonction spléno-portale.

Intervention 21 novembre 1952 - Pr. L. LEGER -
Gros bloc inflammatoire englobant le duodénum et la tête du pancréas.

On hésite entre ulcère perforé dans le pancréas et cancer céphalique.

Duodénotomie : l'intégrité de la muqueuse tranche en faveur de la pancréatite chronique.

Drainage du Wirsung.

Gastro-entérostomie.

Revue en 1954 : plus de douleurs,
a repris 17 kg,
la radiographie montre le
bon fonctionnement de la bouche et note une
amélioration de l'image pylorique.

°°°

OBS. N° 21

YAC... Ali Ben Amar .. 41 ans -

Envoyé dans le service pour sténose duodénale progressive.

Antécédents : douleur dans l'hypocondre droit avec céphalées, et nausées.

Radiographie : volumineux calcul en regard de la 11ème côte droite.

27/10/54 : cholécystectomie
cholangiographie per-opératoire
cholédoque libre
reflux dans le Wirsung.

Suites : fistule biliaire au 14ème jour se tarissant spontanément.

Un an plus tard : douleur épigastrique.

Admission le 9/7/55 :
douleur épigastrique
nausées, flatulence,

léger ballonnement,
constipation.

Examen : abdomen souple
foie petit
rate non perceptible

Intervention 21/7/55 - Pr. L. LEGER -

La tête du pancréas se présente comme un bloc ligneux fibreux, adhérent aux organes voisins, et paraissant inflammatoire. Il existe par ailleurs une grosse rate.

Gastro-entérostomie.

Splénoportographie post-opératoire :
pression = 18

Il n'y a pas de sténose de la veine splénique.

°°°

LES PANCREATITES CHRONIQUES

-:-

Nous présentons 21 observations de pancréatites chroniques non lithiasiques parmi lesquelles : 3 pancréatites aiguës récidivantes.

La lecture de ces observations montre que la douleur est dans tous ces cas l'élément dominant, celui qui a attiré l'attention. Elle revêt les différents types que nous avons décrits :

- épigastrique,
- sous-costale gauche,
- irradiation postérieure, ou en barre, enserrant la taille,
- sous-costale droite,
- pseudo-angineuse.

Dans l'ensemble, elle ne fut interprétée à sa véritable valeur qu'après plusieurs années d'évolution. Parmi les signes d'accompagnement, l'amaigrissement est le plus constant : il a atteint 14 kg dans l'observation N° 2 , mais reste en moyenne de 8 kg.

Les troubles digestifs sont également fréquents :

- une dyspepsie chronique qui relèverait de troubles réflexes (SUELF et COMFORT),
- une constipation alternant avec de la diarrhée,
- la stéatorrhée surtout est très caractéristique, témoin de troubles métaboliques des graisses. Cependant, elle est rarement constatée cliniquement.

D'autre part, les signes d'emprunt sont variables pouvant intéresser : l'estomac et le duodénum : soit aspect d'ulcère ou parfois ulcère vrai. Plus rarement sténose. Nous envisagerons dans un chapitre spécial les rapports entre ulcère et pancréatite.

Les voies biliaires : différents aspects peuvent être réalisés, soit forme pseudo-tumorale ou pseudo-lithiasique. Mais l'association ou la succession des lésions posent un certain nombre de problèmes que nous envisagerons également à part. Le retentissement sur l'axe spléno-portal peut parfois être patent, cliniquement réalisant de véritables formes hémorragiques de la P.C.

L'observation N° I7 montre que l'histoire clinique a débuté par une hématoméso avec méloena.

Beaucoup plus qu'une hypothétique ulcération digestive, on incrimine actuellement dans leur

genèse une hypertension portale segmentaire, que les splénométries et splénoportographies ont montrée d'une relative fréquence.

Les troubles psychiques ne sont pas rares, volontiers aggravés par les opérations successives qui ont été proposées au malade. L'observation n° 15 est particulièrement suggestive à ce sujet.

Par ailleurs, les habitudes toxiques sont fréquentes, soit alcool, soit morphine.

Les troubles endocriniens sont plus rarement notés au cours des P.C.. Il s'agit en règle d'un diabète sucré, restant un accident tardif et facilement contrôlable. Sur 179 P.C. DARNAUD identifie 68 diabètes, soit environ 1 sur 3, mais par contre la pancréatite reste dans l'ensemble une cause rare de diabète. Cependant, l'apparition d'un diabète chez un sujet ayant présenté des crises douloureuses abdominales doit faire soupçonner une P.C.

Il est nécessaire, chez ces malades, de pratiquer une glycémie, car l'absence de glycosurie ne suffit pas à éliminer le diabète, ces malades ayant un seuil rénal élevé.

Les caractères généraux du diabète lié aux P.C. sont : l'apparition progressive et souvent tardive. Dans un grand nombre de nos observations, la glycémie est aux environs de 1,30 , 1,50. Il s'agit donc d'un diabète modéré, souvent instable, s'aggravant pendant les poussées aiguës, pour s'atténuer quand elles cessent. Il s'aggrave cependant progressivement au fur et à mesure de la destruction parenchymateuse.

Les interventions d'exérèse partielle, pancréatectomie gauche, qui ont été pratiquées

chez un certain nombre de nos malades, n'ont pas modifié sensiblement leur glycémie. L'observation N° 19 fait mention pourtant d'un diabète assez marqué : glycémie 2,50. Chez lui, différentes interventions successives ont fait pratiquer un sacrifice glandulaire comportant le corps et la queue du pancréas, qui sont le plus riches en îlots de Langerhans.

Par ailleurs, la sclérose pancréatique importante du parenchyme restant explique vraisemblablement le diabète. Il est possible d'espérer que la mise au repos du segment céphalique par drainage, soit susceptible d'entraîner une augmentation vicariante de la sécrétion insulinique. Il serait en effet très intéressant de savoir si le drainage des voies canalaïres distendues d'un pancréas pathologique, est susceptible d'améliorer le trouble nutritionnel. Il est actuellement encore trop tôt pour conclure.

A l'opposé, il existe des P.C. avec hypoglycémie : à son origine SENDRAÏL reconnaît deux mécanismes :

- la sclérose avec oblitération des canaux pancréatiques,

- l'irritation des plexus nerveux.

LOUBATIERE a montré qu'une élévation de pression dans les canaux pancréatiques détermine une hypoglycémie rapide, courte, mais relativement importante. Les expériences physiologiques de ligature du canal de Wirsung, entraînent par effet Mansfeld, une hyperplasie langerhansienne prédominant sur les cellules β -insulinéo-sécrétrices, responsables de phénomènes hypoglycémiques. C'est sans doute ce mécanisme que l'on peut incriminer dans l'observation N° 27 qui est une lithiase pan-

créatique, avec blocage d'un calcul dans le Wirsung, et dont les signes d'alarme furent des fringales avec hypoglycémie.

PANCREATITE SUBAIGUE RECIDIVANTE

Réalise une modalité évolutive un peu différente, mettant en jeu des épisodes successifs d'un processus pathologique continu, pouvant conduire de l'oedème à la nécrose, puis à la fibrose pancréatique.

Cliniquement, l'affection est marquée par l'apparition de crises douloureuses particulièrement violentes, à début brusque ou plus souvent l'acmé est atteinte en 1 ou 2 jours, persistant pendant plusieurs jours. Elles s'accompagnent de vomissements, d'arrêts du transit, de ballonnements et souvent d'un état subfébrile.

Dans l'intervalle, l'accalmie est souvent complète. Ces crises surviennent irrégulièrement, sans raison ou à l'occasion d'excès de table. Puis, progressivement, les intervalles ont tendance à devenir de plus en plus prolongés et les crises de moins en moins douloureuses, alors que s'installe un fond douloureux permanent.

Trois de nos observations revêtent cette allure évolutive caractéristique : N° 3 - N° 5 - N° 14. C'est à ce propos que l'on doit souligner les relations entre la P.C. et la P.A. S'agit-il de deux maladies différentes ou de deux modalités évolutives d'un même processus? De nombreux exemples de lésions scléreuses pancréatiques succédant à des lésions d'oedème ont été présentées. Notre observation N° 12 est démonstrative : en 1954, l'intervention montre une sclérose pancréati-

que chez ce sujet ayant subi en 1951 un drainage pour pancréatite aiguë.

De même le N° 8 ayant subi dans les antécédents deux interventions pour P.A.H. puis pour pancréatite gangréneuse. Le N° 13 ayant également été laparotomisé pour P.A.H.

La P.C. peut donc dans certains cas être considérée comme la continuation de la pancréatite aiguë. On ignore les facteurs entraînant la répétition des crises et le passage à la chronicité. HESS considère que 84 % des pancréatites aiguës évoluent vers la P.C. et 72 % des P.C. succèdent à des épisodes aigus.

LES PANCREATITES CHRONIQUES GAUCHES

Leur expression clinique est essentiellement topographique, qu'elles surviennent d'emblée ou après des crises aiguës, elles sont caractérisées par des douleurs de l'hypocondre gauche à irradiation lombaire.

L'existence d'un point douloureux sous-costal prend là toute sa valeur. Cette forme peut prêter à confusion en déformant la grande courbure de l'estomac ou le côlon.

Il est rare que la tête soit absolument indemne, mais la prédominance gauche revêt l'intérêt thérapeutique indiscutable (MALLET-GUY).

Il existe d'autres aspects de pancréatite segmentaire. Celle en particulier se développant en deçà d'un obstacle Wirsungien ; ce sont les pancréatites d'amont : observations N° 4 - N° 13 : réalisant l'aspect typique d'une ligature expérimentale du canal de Wirsung.

- L'examen clinique de l'abdomen peut éveiller une douleur et constater un certain degré de défense de l'épigastre au moment des poussées douloureuses.

Surtout il est très important de rechercher un point douloureux sous-costal gauche par la manoeuvre décrite par HALLET-GUY : "Il faut écarter, contourner l'obstacle gastrique ; celui-ci s'efface lorsque le patient est placé en décubitus latéral droit et la main qui palpe pourra ainsi, entre l'estomac tombé à droite et la rate restée en place, atteindre directement le pancréas."

Ce signe présente un grand intérêt et a été souvent retrouvé dans nos observations. Parfois on a retrouvé une splénomégalie discrète, en fait, c'est le plus souvent une découverte de splénoportographie.

Les examens complémentaires :

- Examen baryté gastro-duodénal :

Le malade possède souvent plusieurs séries de clichés gastro-duodénaux, dans le but de rechercher un ulcère pour lequel il a été souvent longtemps soigné sans succès. Il est intéressant de noter le retentissement de la pancréatite sur le cadre duodénal. Un élargissement comme dans les observation N° I - 4 - 14 - 19 :

- un aspect filiforme du duodénum ;
- parfois simplement un aspect déroulé, réalisant une ovalisation du cadre ;
- surtout les empreintes pancréatiques peuvent réaliser des déformations bulbaires, d'interprétation difficile d'avec un ulcus duodénal souvent incriminé. De même on a pu noter une irrégularité de la petite courbure : Obs.17

Voire un véritable aspect de sténose avec excentration du canal pylorique : Obs. 20 - Ces dernières images ne simplifient pas le problème diagnostique.

Dans certaines de nos observations : N° 10 - 20 - 21, le retentissement fonctionnel de cette sténose amènera à pratiquer une gastro-entérostomie de dérivation.

- Exploration radiologique des voies
biliaires :

- a été pratiqué par voie orale ou veineuse ;
- dans certains cas en cours d'intervention. Elle nous renseigne sur l'état de la vésicule: soit lithiasé, parfois vésicule exclue ou se vidant mal ;

- L'état de la voie biliaire principale, permettant de juger du retentissement de la lésion pancréatique.

Dans plusieurs de nos observations, on a noté un aspect effilé de la fin du cholédoque avec dilatation de la voie biliaire sus-pancréatique. La constatation d'une stase biliaire a conduit à pratiquer une dérivation externe Observations N° 18 - I - 5 - 13 - 19 : Elle ne fut abandonnée qu'après étude radiomanométrique post-opératoire. Parfois c'est après sédation des douleurs pancréatiques, que la persistance de douleurs du flanc droit amena à une dérivation biliaire secondaire.

L'observation N° 18 note dans les suites opératoires, la réapparition de douleur du flanc droit, avec distension importante à l'examen radiologique ; opératoirement grosse vésicule se vidant mal.

On a aussi pratiqué une dérivation interne

cholécysto-duodénotomie. Il s'agissait là de douleurs différentes de celles que le malade présentait avant l'opération et qui avaient cédé au drainage du Wirsung.

De même, l'observation N° 19, auquel on a pratiqué secondairement une dérivation interne, cholédoco-duodénostomie, qui a fait céder les douleurs du flanc droit persistantes, mais là aussi bien différentes des douleurs pancréatiques qu'il accusait auparavant.

- La splénoportographie :

Cet examen a été pratiqué systématiquement dans toutes nos observations. Cette méthode s'est révélée sans danger lorsqu'elle est pratiquée par des opérateurs entraînés.

La splénoportographie toujours précédée d'une prise de la pression, s'est révélée d'un grand intérêt dans la pathologie pancréatique. Dans l'ensemble, la pression portale a été trouvée élevée parfois de façon importante : 40 cm dans l'Obs. 2, le plus souvent comprise entre 15 et 30 cm.

La splénoportographie permet l'étude morphologique de l'axe spléno-portal souvent altéré. Il peut s'agir d'une stase dans la veine splénique, avec retard d'injection de la veine porte : Obs. II ; d'une dilatation de la veine splénique : Obs. 2 et 20.

Ces anomalies peuvent s'accompagner d'images anormales de la jonction spléno-portale :
Obs. 9 - légère sténose sur la ligne médiane ;
Obs. 20- mauvaise opacification de la jonction spléno-portale
Obs. 13- obstacle net à la jonction spléno-portale
Obs. 3 - ébauche de sténose à ce niveau

Obs. 10 - rétrécissement de la terminaison de la veine splénique avec angulation sur la veine porte.

Obs. 25 - avec hémorragies digestives, la splénoportographie a montré une importante circulation collatérale ; témoin d'une hypertension portale segmentaire..

Ces différentes anomalies retrouvées au cours des pancréatites chroniques semblent vraisemblablement en rapport avec une simple compression ou une thrombose. Cette exploration est donc susceptible d'aider au diagnostic de la lésion pancréatique, de préciser son siège et l'importance de son retentissement sur l'axe spléno-portal.

- La pancréatographie :

C'est l'examen capital de la chirurgie pancréatique. Il permet de visualiser les voies excrétrices, ce qui a éclairé d'un jour nouveau la physiopathologie de cet organe.

C'est par ailleurs l'examen devenu indispensable pour guider en toute logique la tactique opératoire. Il sera avec avantage précédé d'une mesure de la pression du suc pancréatique en mesurant la hauteur de la colonne liquidienne s'élevant dans le tube de polythène servant au cathétérisme.

Différentes techniques de pancréatographies ont été réalisées dans nos observations : pour la plupart il s'agit de pancréatographie ascendante ou rétrograde (Congrès de Genève, 1955).

Après mobilisation du duodénum par décollement duodéno-pancréatique, on pratique une duodénotomie verticale sur le bord libre,

plus près du genu inférieur que du genu supérieur. La papille est le plus souvent découverte aisée, sur le segment axial du duodénum, toujours plus bas qu'on ne la cherche habituellement. Dans les cas difficiles, une expression de la vésicule entraîne une éjaculation biliaire qui aide au repérage. Le cathétérisme est pratiqué avec un tube de polythène de 1 à 2 mm de diamètre, taillé en biseau court. L'erreur possible est de cathétériser le cholédoque, on est alors renseigné par l'apparition de bile. Mais l'expérience a prouvé qu'habituellement on pénètre plus facilement dans le Wirsung que dans le cholédoque. On note dès lors l'ascension dans le tube d'un liquide eau de roche, s'élevant à 10 ou 12 cm. On injecte 2 à 3 cm³ de diodone à 70 %, ce qui correspond au volume normal des voies excrétrices du pancréas. Plusieurs clichés sont alors pris successivement visualisant le Wirsung à différents moments de sa réplétion.

Dans notre série d'observations, nous retrouvons les divers aspects considérés comme caractéristiques de pancréatite chronique par plusieurs auteurs : L. LEGER, DOUBILET, HEPP et MERCADIER.

- Image polymaculaire caractérisée par "l'opacification d'une partie assez limitée de la glande, en nappe homogène formée par la juxtaposition de taches qui laissent entre elles des zones plus claires, aspect moucheté".

Le Wirsung souvent n'est pas visible. Il peut être soit masqué par l'image polymaculaire, ou non injecté. Parfois, on le devine et il est alors anormal.

Ces images répondent à la dilatation des canaliculaires et à l'opacification des tissus acineux, ce qui est nettement pathologique :

Obs. 5 - 6 - 12 - 13 - 16 - 18 - 19 - 15.

Ailleurs le Wirsung est injecté mais apparaît rigide irrégulier avec des contours faiblement ondulés, réalisant un aspect de dilatation moniliforme : Obs. 3.

Le Wirsung peut être plicaturé, comme attiré vers la voie biliaire, réalisant parfois un aspect en hameçon : Obs. 7 - 15.

A cet aspect s'associe souvent une dilatation des canalicules afférents soit de leur embouchure ; parfois de leur terminaison réalisant les images d'arbre mort ou d'arbre en fleur.

Dans l'ensemble c'est l'association de déformation du Wirsung et de la dilatation de ses affluents qui est caractéristique de la pancréatite chronique.

Un aspect particulier : la sténose isthmique du Wirsung : Obs. 8 - 9, soit incomplète avec dilatation en amont ou complète avec amputation du segment corporéo-caudal. Son interprétation est difficile, mais elle revêt un intérêt thérapeutique indiscutable.

Pancréatographie descendante : a été réalisée dans certaines de nos observations après section de l'isthme pancréatique. Cette manoeuvre a permis d'étudier après injection de diodone, la morphologie du Wirsung restant, l'existence ou non d'un passage duodénal.

Cette méthode permet d'affirmer l'intérêt des voies canalaire de la tête pancréatique, permettant alors de s'en tenir éventuellement à une pancréatectomie gauche. Au contraire, la constatation d'un obstacle certain du

Wirsung sans passage duodénal constitue l'indication formelle d'une anastomose pancréatico-jéjunale : Obs. 9 - 4.

La pancréatographie par ponction directe du Wirsung très dilaté chez un de nos malades Obs. 19 : a été possible.

Il est surtout intéressant de constater la disparition rapide des images pathologiques au cours des pancréatographies post-opératoires chez les malades ayant un drainage externe du Wirsung. Ce phénomène a été particulièrement net pour les obs. 12 - 5 - 16 - 1 - 15 - 6 .

Ce retour rapide vers le mieux des images pancréatiques est assez surprenant. Il souligne l'intérêt de la suppression de la distension canalaire, par le drainage quelles qu'en soient ses modalités. Signalons que l'Obs. 6 - a permis de montrer la perméabilité de l'anastomose interne, par pancréatographie post-opératoire, chez ce sujet qui avait subi conjointement une dérivation externe.

Les examens de laboratoire :

Ne sont que de peu d'intérêt pour le diagnostic des P.C. Nous avons vu les modifications possibles de la glycémie. Les chiffres d'amylasémie et d'amylasurie dans nos observations sont presque constamment élevés et souvent de façon importante. Mais il ne s'agit là que d'un élément d'appoint. Il est intéressant cependant de noter leur diminution après intervention.

Un élément intéressant est l'étude de l'activité tryptique du suc pancréatique prélevé par le drainage externe, dans les jours suivant l'intervention. Les premiers prélèvements

ont montré une activité trypsique spontanée maxima, qui va en décroissant dans les jours suivants : 4 - 5 - 19.

Ces constatations vont à l'encontre des données classiques. DOUBILET a également établi des courbes d'activité trypsique, à peu près superposables à celles que nous possédons. Il semble donc que l'activité trypsique spontanée soit maxima au cours des poussées inflammatoires, puis diminue progressivement après drainage du Wirsung lorsque l'inflammation cède. Il s'agit là peut-être d'un élément important d'étude de la physio-pathologie des pancréatites.

L'examen anatomo-pathologique :

L'étude histologique des pancréatites chroniques est souvent fort complexe car dans un parenchyme aussi différencié, l'atteinte d'un des éléments constitutants, ne reste jamais pure.

La distension canalaire et la stase entraînent une réaction inflammatoire interstitielle, point d'appel de la sclérose. L'atteinte primitive du parenchyme peut par sclérose retentir secondairement sur les voies excrétrices. Les lésions des filets nerveux et des cellules ganglionnaires, souvent constatées sur les coupes, retentissent sur le fonctionnement canalaire et la sécrétion acineuse.

Le primum movens lésionnel est bien difficile à établir, il serait intéressant que la biopsie extemporanée permette de distinguer les pancréatites par atteinte parenchymateuse primitive, des pancréatites canalaires scléro-ectasiantes (Henri et Lucien LEGER), survenant du fait de la stase des voies excrétrices, imposant leur drainage.

Encore peut-on se demander si une pancréatite par atteinte parenchymateuse primitive, ne pourrait pas entraîner secondairement par sclérose, une sténose canalaire, aggravant elle-même les lésions, fermant ainsi le cercle vicieux. Ainsi donc cette méthode associée à la pancréatographie per-opératoire, permettrait de préciser en toute logique les indications des interventions de dérivation.

Indications thérapeutiques :

Nous ne ferons que quelques commentaires sur les interventions qui ont été proposées à nos malades. Sur 21 malades : 6 ont subi une pancréatographie gauche avec splénectomie : Obs. 2 - 11 - 14 - 17 - 8 - 13.

Dans ces différents cas sauf le N° 2 (cathétérisme impossible), l'intégrité du Wirsung et le passage duodénal ont été vérifiés par une pancréatographie descendante.

- 5 ont été améliorés de façon durable par le drainage du Wirsung externe : Obs. 5 - 13 - 18 - 20 - 1.

- 10 ont subi une pancréato-jéjunostomie : Obs. 3 - 9 - 10 - 4 - 6 - 12 - 16 - 15 - 19 - 7.

- Pour la plupart, après tentative de drainage externe qui s'est révélé d'action transitoire : Obs. 12 - 6 - 16 - 15 - 19 - 4.

- 4 fois la pancréato-jéjunostomie a été pratiquée d'emblée : Obs. 7 - 10 - 9 - 3.

- Plusieurs ont subi des interventions pour pallier les troubles de compression biliaire : la cholécystostomie a été pratiquée 7 fois. Ces sujets ont subi une radiomanométrie avant la

fermeture de cette fistule.

Deux dérivations internes ont été nécessaires secondairement à l'intervention pancréatique :

- cholécysto-duodénotomie : 18
- cholédoco-duodénostomie : 19

Trois gastro-entérostomies ont été pratiquées : 10 - 20 - 21.

La splénectomie fut faite au cours de toutes les interventions d'exérèse pancréatique, non seulement pour des raisons de commodité, la dissection du pédicule splénique n'étant pas sans danger ultérieur, mais aussi pour lutter contre un syndrome d'hypertension portale segmentaire éventuel, dont nous avons vu la fréquence.

Nous disposons pour la plupart de nos observations, d'un certain recul qui permet de juger de l'intérêt de ces thérapeutiques. Dans l'ensemble donc, la pancréatectomie gauche s'adresse aux pancréatites limitées au corps ou à la queue de l'organe, après vérification de l'intégrité de la tête.

Les interventions de drainage sont indiquées lorsqu'il existe un facteur canalaire indiscutable. Mieux que le drainage externe dont l'action semble transitoire, il semble que ce soit vers la pancréato-jéjunostomie qu'avec notre Maître L. LEGER, il faille s'orienter actuellement.

La première pancréato-jéjunostomie pratiquée en France est due à notre Maître Y.J. LONGUET.

LITHIASSE DU PANCREAS

(12 Observations)

-:-

OBS. N° 22

BARTH... André - 41 ans.

Présente depuis 1921 des douleurs épigastriques avec diarrhées.

En 1951, survient pour la première fois une période douloureuse épigastrique particulièrement intense, continue, accompagnée de selles fréquentes (30 par jour) foncées, peu fécales. Cette crise s'accompagne de lipothymies. Ces crises douloureuses persistent pendant de nombreux mois, au cours desquels se précise un amaigrissement important (20 kg).

En juin 1954, le malade remarque une stéatorrhée importante plus forte après les douleurs de l'hypocondre gauche. Les selles sont constituées par un liquide huileux jaune, surnageant sur l'eau et se figeant secondairement.

En décembre 1954, survient une période douloureuse particulièrement intense. Ces douleurs débutent au niveau de l'épigastre et pendant qu'elles augmentent d'intensité, elles se propagent vers la gauche sous l'épaule gauche, où elles acquièrent le maximum de violence. Elles durent une heure environ, se terminant par des épreintes et surtout émission de méloena avec glaires et membranes.

Ces douleurs surviennent sans horaire précis.

L'examen en avril 1955 : malade d'état général médiocre : 52 kg pour 1 m 60. Abdomen : foie augmenté de volume , rate percutable, pas de circulation collatérale, l'hypocondre gauche est sensible, jusqu'à la région épigastrique surtout, la douleur est réveillée par la manoeuvre de Mallet-Guy.

Radiographies : abdomen sans préparation : existence de calcifications dans la région pancréatique.

gastro-duodénale : révèle d'une part une niche du bord gauche du canal pylorique ;

un aspect de duodénite oedémateuse avec un aspect en doigt de gant de l'antra pré-pylorique et un spasme de la région du 2ème duodénum.

Biliaires : biligraphin : augmentation de l'angulation entre le cholédoque pédiculaire et rétro-pancréatique. Celui-ci est rétréci avec trajet intra-mural filiforme.

Splénomanométrie : pression à 18 cm.

Splénoportographie : met en évidence une thrombose incomplète de la veine splénique génératrice d'une hypertension portale segmentaire, avec circulation collatérale périgastrique de suppléance.

Intervention le 20 avril 1955 Pr. L. LEGER

- Pancréas ligneux dur en totalité
- cathétérisme du Wirsung râpeux
- pancréatographie ascendante, dessine le segment céphalique du wirsung dilaté avec arrêt sur la ligne médiane, puis le canal reparait opacifié à gauche de la colonne vertébrale en pleine zone calcifiée. Il existe donc une sténose isthmique du canal de Wirsung avec dilatation de ce canal de part et d'autre.
- Pancréatectomie gauche avec splénecto-

mie. Le Wirsung n'est pas dilaté sur la tranche pancréatique. Par pancréatographie descendante on s'assure de la liberté du segment du Wirsung laissé en place.

Pièce : oblitération du Wirsung en relation avec un calcul obstruant.

Examen anatomo-pathologique : lithiase pancréatique.

destruction scléreuse complète du parenchyme pancréatique autour des canaux et canalicules dilatés sur des concrétions.

Suites opératoires : amélioration considérable des douleurs. Revu récemment, ce malade présente encore de petits phénomènes douloureux, de petits épisodes frustes de stéatorrhée et un syndrome paradiabétique.

°°°

OBS. N° 23

CAR... Charles - 57 ans.

Envoyé pour lithiase pancréatique. Début en 1936 : douleur épigastrique et de l'hypocondre gauche : une gastro-entérostomie est pratiquée pour ulcère.

1948 : réapparition des douleurs.

1952 : deux hématémèses : intervention ulcère perforé au creux de la petite courbure.

1955 : nouvelle hématémèse.

1957 : admission à Créteil : douleurs intenses : position antalgique allongé sur le côté gauche et reposant sur son coude qui en garde la marque.

Abdomen sans préparation : calcification pancréatique.

Biligraphin : vésicule petite.

Splénomanométrie P = 40 cm.

Splénoportographie sténose à la jonction spléno-portale. Examen biologique. Anylasémie : 850 U.S.

Intervention le 6-5-1957 - Pr. L. LEGER

- Estomac rétracté adhérent à la face postérieure de l'estomac, nécessitant la taille d'une rondelle gastrique.

- Rate augmentée de volume.

- Wirsung dilaté avec issue de suc pancréatique contenant des calculs.

- Pancréatographie descendante : Wirsung dilaté avec passage duodénal inexistant.

- On termine sur une pancréato-gastrectomie. Examen anatomo-pathologique : confirme l'existence de la lithiase et trouve un parenchyme pancréatique presque détruit.

L'apparition de nouvelles hémorragies oblige à une

Réintervention le 29-5-57 - Pr. L. LEGER

- Gastrectomie exploratrice.

- L'anastomose pancréato-gastrique est normale ; le sang paraît venir de la région cardio-oesophagienne.

Deux mois après l'état général s'étant aggravé, le malade est emmené par sa famille.

°°

OBS. N° 24

DEF... Georges - 30 ans.

L'histoire de la maladie débute en 1954, avec l'apparition de douleurs abdominales sous-costales mal localisées, prédominant à droite, semblerait-il, durant 24 à 48 heures, étiquetées alors coliques hépatiques et traitées comme telles.

Jusqu'en 1957, reproduction de ces mêmes douleurs avec des intervalles de 7 à 8 mois de tranquillité sans aucun trouble.

En août 1957, les douleurs s'exagèrent,

elles siègent alors au creux épigastrique, sans irradiations, vives, continues. Apparues vers le 15 août, elles ne cèdent que vers la fin du mois. Début septembre 1957, la reprise des douleurs entraîne une nouvelle hospitalisation. On pratique alors des radiographies gastro-duodénales qui montrent :

- une intégrité gastro-duodénale,
- une distension avec élargissement du cadre duodénal qui apparaît centré par une série de calcifications retrouvées sur tous les clichés de face et de profil, signant le diagnostic de lithiase pancréatique.

Amaigrissement de 7kg en deux mois.

Parmi les examens complémentaires, relevons une amylasémie à 309 U.S., une amylasurie à 128. La biligraphie montre une vésicule recourbée en hameçon avec un cholédoque effilé dans sa portion intra-pancréatique avec reflux dans les canaux hépatiques. La splénoportographie est normale, la pression portale à 7 cm.

Intervention le 19-10-57 - Pr. L. LEGER

Le pancréas est induré dans sa totalité, augmenté de volume, particulièrement au niveau de la tête qui atteint la taille d'un poing. Section du pancréas un peu à gauche de l'isthme : la tranche du Wirsung apparaît modérément dilatée 2 mm environ.

Pancréatographie descendante : on trouve un Wirsung dilaté avec un passage duodénal discret et la rétention pancréatique est prouvée par le fait qu'après la radio le diodone reflue par le tube intra-wirsungien.

Pancréato-jéjunostomie en Y, technique habituelle.

L'examen anatomo-pathologique concluait à une pancréatite chronique lithiasique.

Suites opératoires : très simples. La

glycémie après une flèche à 2,10 g le surlendemain de l'opération revient vite à la normale. L'amylasémie a baissé à 128 pour une amylasurie à 74 le 3ème jour. Une épreuve d'hypoglycémie provoquée montre une bonne tolérance à l'insuline et une courbe normale. L'état général devient excellent, le malade ne souffre plus et se sent "transformé". Sortie le 20ème jour.

°°

OBS. N° 25

GLI... Marcel - 35 ans.

Début en 1951, par des crises douloureuses de l'hypocondre gauche. Elles ont toujours présenté les mêmes caractères : précédées de prodromes constants pendant 2 à 3 jours à type d'asthénie intense, de diarrhées brûlantes, graisseuses, de pyrosis dans certaines positions, la crise éclate brusquement, en règle le matin.

C'est une douleur rapidement très intense à type de torsion, siégeant au niveau de l'hypocondre gauche juste sous le rebord costal irradiant vers l'appendice xiphoïde vers l'angle costo-lombaire et l'omoplate gauche.

Soulagée par la compression profonde de l'abdomen. La crise dure ainsi deux jours puis tout rentre dans l'ordre ; seul persiste dans l'intervalle des crises un aspect pâteux des selles.

Une crise particulièrement intense en 1952 a motivé une laparotomie exploratrice. Les crises se sont alors rapprochées, tous les ans, puis tous les mois, elles tendent maintenant à se produire tous les mois et ont entraîné un amaigrissement de 4 kg.

En 1957, l'examen note : douleur provoquée dans la région épigastrique ;

un signe de Mallet-

Guy ; foie normal avec grosse vésicule ; rate percutable.

Radio gastro-duodénale : spasmes duodénaux multiples.

Cholécystographie : grosse vésicule
cholédoque rétro-pancréa-
tique , sinueux et rétréci,
surtout fin semis de cal-
cifications dans l'aire pancréatique.

Intervention le 11-2-57 - Pr. L. LEGER

- Pancréas dur, gros, à surface granitée.
- pancréatectomie gauche.
- section isthmique, Wirsung oblitéré par un calcul.
- Pancréatographie descendante opacification du Wirsung sauf à la partie terminale : obstacle terminal Wirsung.
- Pancréato-jéjunostomie.

Les suites opératoires sont simples. La cicatrisation est bonne et le malade sort le 22-2-57.

L'examen anatomo-pathologique confirme la sclérose et la distension des canaux.

Diffusion des concrétions à toute la glande.

Le malade rentre à nouveau dans le service le 1-7-57 : les douleurs après avoir cessé pendant le mois suivant l'intervention, sont réapparues progressivement, mais elles sont différentes. Elles siègent maintenant dans l'hypocondre droit, à type de pesanteur, continues avec des périodes d'intensité plus fortes. Elles s'accompagnent parfois d'une hyper-coloration des urines. Amaigrissement de 15 kg en un mois. Asthénie. Il semble que l'on puisse attribuer ces douleurs aux calculs restants, à l'origine du Wirsung.

Réintervention le 15-7-57 - Pr. L. LEGER

- Calcul restant, retiré par pancréato-lithotomie.

- Pancréatographie : Wirsung dilaté.

- Drain de Polythène.

Les suites opératoires sont sans incident.

L'amylasémie tombe à 53, l'amylasurie à 64.

Une pancréatographie post-opératoire injecte incomplètement le Wirsung et le tube de Polythène est enlevé le 7ème jour. Le malade ne présente plus alors aucune douleur abdominale.

° ° °

OBS. N° 26

GRIS... Jean - 23 ans.

Depuis 1948 : syndrome douloureux de l'hypocondre droit, accompagné de vomissements, survenant tous les mois, durant 4 à 5 jours.

1952 : les crises douloureuses durent de 8 à 15 jours avec des paroxysmes ; suivies d'une sédation de 15 jours à un mois.

Amaigrissement de 7 kg.

Glycémie à 0,95

Intervention le 20-9-1952 - Pr. L. LEGER

- Pancréas induré, farci de nodules blanchâtres, présentant un aspect inflammatoire tête épaissie (55 cm).

- Duodénotomie, cathétérisme du Wirsung : sensation râpeuse, avec perception de formations calcaires.

Pancréatographie : Wirsung dilaté : l'injection s'arrête sur la ligne médiane - tranchant sur son opacité, existence de taches claires correspondant aux formations calcaires.

- opacification de quelques canalicules dilatés au niveau de la tête.

- le centre de certains culs-de-sac canaliculaires ainsi constitués apparaît en clair, traduisant l'existence de calculs.

- sphinctérotomie d'Oddi et drainage du
Wirsung ;

Suites opératoires : amélioration immédiate,
puis réapparition progressive des phénomènes
douloureux ; les infiltrations splanchniques
n'ont qu'une action transitoire.

Intervention le 24-11-53 - Pr. L. LEGER

- Le pancréas paraît grumeleux.

- Il existe un contraste entre la tête dont
le volume est peu augmenté alors que le corps
et la queue de l'organe sont distendus, érecti-
les.

- C'est exactement sur la ligne médiane
que se marque la différence d'aspect.

- Pancréatectomie gauche : la section du
Wirsung donne issue à un liquide blanchâtre. La
pancréatographie descendante montre l'intégri-
té du segment ampullaire du canal. Suture de
la tranche.

Suites opératoires : décès au 5ème jour dans
un tableau d'hyperthermie avec agitation.

Pièces : le cathétérisme du Wirsung à 5 mm
environ de la tranche de section bute contre un
obstacle infranchissable, formé d'un agglomérat
de calculins.

Anatomo-pathologie : lithiase pancréatique
qui s'est accompagnée d'un retentissement
canaulaire rétrograde considérable. L'état
actuel et l'aboutissant des deux facteurs ca-
nalaire et infectieux associés. Il existe
des calcifications minimes mais certaines du
stroma.

°°°

OBS. N° 27

HUC... Marcel - 37 ans.

Le tableau clinique réalisé est bien parti-
culier : il présente depuis 2 ans des "fringales

nerveuses" associées à des troubles digestifs, éructations, coliques abdominales et troubles caractériels.

La négativité des examens a fait parler de troubles psycho-cénestopathiques et différentes thérapeutiques psychiatriques ont été instituées. C'est alors que le dosage de la glycémie l'a montrée à 0,55 au cours d'une fringale, affirmant la nature hypoglycémique des troubles. Radio de l'abdomen : calcifications sur le flanc droit de L2 à topographie pancréatique ; certaines débordent au-dessus du duodénum.

Intervention le 17-12-52 - Pr. L. LEGER

Il existe une volumineuse tumeur de la queue du pancréas de type inflammatoire, avec des taches de bougie dans l'arrière-cavité. Cette tumeur, du volume d'un poing, de consistance granitée adhère à l'angle gauche du côlon.

- Section première de l'isthme du pancréas où l'on rencontre le Wirsung dilaté.

- Cathétérisme descendant du Wirsung par un tube de Polythène.

- Pancréatectomie gauche.

- Duodénotomie : la tête du pancréas présente la même consistance granitée. Cathétérisme rétrograde du Wirsung, bute à 3 cm avec contact granité.

- Papillotomie. Dilatation à la bougie en gomme du Wirsung qui paraît sténosé et dans lequel on introduit par voie rétrograde un nouveau tube de polythène. Drainage du Wirsung.

- Cholécystostomie : fixation du duodénum à la paroi.

Pancréatographie post-opératoire : montre le Wirsung restant dilaté, dans la lumière duquel on devine des calculs. Il existe de plus une opacification des canalicules, témoin d'une pancréatite chronique.

Examen antomo-pathologique : lithiase canalaire avec retentissement parenchymateux sclérogène régressif. Il existe des néoformations langerhansiennes importantes en rapport avec l'obstruction des canaux, et rappelant celles de la ligature expérimentale des canaux, avec fortes prédominances des cellules β .

Suites opératoires : Revu 3 ans après : état général excellent, disparition des crises, le psychisme normal.

°°

OBS. N° 28

LAUR... Robert - 40 ans.

Ce malade a présenté en 1950 et 1951 à deux reprises des crises de coliques hépatiques.

Depuis un an, douleurs fréquentes dans la région épigastrique : depuis le 12-I-56, elles deviennent journalières, à type de striction, de torsion, de localisation épigastrique sans irradiation. Le début de la crise survient 10 minutes après les repas. Elle dure 2 à 3 heures. Seule la position courbée en deux calme le malade. Après la crise subsiste une sorte de lourdeur de l'épigastre, sans fièvre, pas de vomissement. Amaigrissement de 12 kg depuis janvier.

En 1956, l'examen clinique révèle une douleur à la palpation de la région pancréatico-cholédocienne et un foie légèrement débordant de deux travers de doigt et douloureux. La rate n'est ni perceptible ni percutable.

La radiographie : découvre de nombreuses petites opacités réparties sur le flanc droit de la colonne en regard du disque L2-L3 et débordant largement à gauche. La topographie pancréatique de ces calcifications est confirmée par un transit baryté.

Cholangiographie normale. Les infiltrations splanchniques ne soulagent le malade que durant environ une heure.

Première intervention le 21-4-56 - J. AULONC

- Pancréas pierreux en totalité.
- duodénotomie, cathétérisme du Wirsung,
- on franchit un obstacle calculeux avec la sonde annelée : issue de suc sous pression; finalement perméabilité avec nombreux débris lithiasiques.

- Drainage du wirsung.

Au 4ème jour, tentative de pancréatographie mais la sonde a déjà quitté le Wirsung.

Il revient le 6 juillet ayant à nouveau souffert par crises paroxystiques. Amaigrissement notable. Faciès fatigué. Hyperthermie constante. A l'examen, on perçoit une tuméfaction épigastrique dont l'importance semble varier d'un jour à l'autre.

Deuxième intervention le 28-7-56 - BORON-LEGER

Section de l'isthme du pancréas sur la tranche ; Wirsung obstrué par quelques calculs enlevés à la curette.

Pancréatographie descendante: dilatation du Wirsung , pas de passage duodénal.

Pancréato-jéjunostomie.

Glycémie 1,84 le 3 août, 2,05 le 4 août ; fin août succédant à une glycosurie discrète et intermittente, apparaît assez brusquement un diabète important (glycosurie 275 g par 24 heures, glycémie 2,26 g pour 1.000) rapidement amélioré par l'insulinothérapie, puis réductible par le régime en 3 mois.

Actuellement, bon état général et fonctionnel, le malade ne souffrant pas.

Examen anatomo-pathologique du pancréas :

- disparition du parenchyme pancréatique,
- sclérose intense,
- micro-abcès.

OBS. N° 29

LAD... D. - 49 ans

Malade adressé au Pr. L. LEGER pour pancréatite chronique lithiasique.

Depuis 4 ans, il présente des douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit, sans irradiation nette, sans horaire précis, survenant au début par périodes de 1 à 6 mois. Les crises se sont rapprochées jusqu'à devenir continues depuis 6 mois avec des paroxysmes.

Novembre 1957 : douleurs quotidiennes
amaigrissement progressif

A l'examen : pas de signe de Mallet-Guy
rate percutable

Radiographie : gastro-duodénale : élargissement du cadre duodénal ; petites calcifications latéro-rachidiennes droites dans la région de la tête du pancréas.
vésicule normale,

splénoportographie : normale P = 10 cm

L'épreuve d'hypoglycémie objective une remontée incomplète et lente.

Amylasémie : 365 U.S.

Amylasurie : 250 U.W.

Intervention le 8-11-1957 - Pr L. LEGER

Pancréas augmenté de volume et de consistance ligneuse sur la totalité de son étendue. Pancréatectomie gauche.

Sur la tranche de section à ce niveau, on rencontre une concrétion très dure. Recoupe du pancréas sur lequel on trouve le vrai Wirsung non dilaté. Le cathétérisme au stylet bute à 2 cm. On substitue au stylet un tube de polythène et on pratique une pancréatographie descendante. Le Wirsung céphalique est uniformément dilaté, présentant une coudure à la jonction du segment vertical et du segment horizontal. Aucun passage dans le duodénum

sur aucun des 4 clichés. Pancréato-jéjunostomie : technique habituelle. Un drain de Penrose au contact de l'anastomose.

L'examen anatomo-pathologique trouve une pancréatite chronique subaiguë, avec les étapes successives de la mutilation progressive du parenchyme.

Les suites opératoires sont simples : au début en dehors d'une poussée transitoire de la glycémie à 3 g retombant rapidement à la normale spontanément.

Mais constitution d'un abcès sous-phrénique avec atteinte pleurale. Défaillance de l'état général. Le malade est emmené par sa famille.

°°°

OBS. N° 30

M. LEBR... - 38 ans -

Février 1953 : Pancréatite aiguë ayant nécessité un drainage.

Depuis 1955 : crises bimensuelles de douleurs épigastriques à irradiations dorsales.

Fin 1956 : admission à Créteil.

Radio abdomen sans préparation : calcification diffuse du parenchyme pancréatique, prédominant au niveau de la tête où une colonne calculeuse verticale, paraît bien répondre au canal de Wirsung bourré de calculs.

Splénométrie : pp = 6

Splénoportographie : mauvaise opacification de la jonction veine splénique-veine porte.

Biligraphin : pas d'opacification de la voie biliaire - grosse vésicule.

Glycémie : 1,76

Amylasémie : 237.

Intervention le 8-6-56 Pr. L. LEGER

- duodénotomie

- Cathétérisme râpeux, issue de suc pancréatique gruneleux, contenant des calculins.

- Pancréatographie rétrograde : de nombreux calculs se dessinent en clair dans un Wirsung notablement dilaté. Il existe de plus, une image de sténose isthmique du Wirsung avec à ce niveau enclavement d'un calcul, qui n'oblitére pas cependant, complètement le canal, puisque le segment corporéo-caudal du Wirsung est opacifié.

- Sphincterotomie : écoulement de liquide riche en concrétions calcaires. Extraction de nombreux calculs du Wirsung, à la pince.

Drainage du Wirsung par sonde de Nélaton, ressortant à la Witzel.

-Pancréatographie post-opératoire : montre que l'on a procédé à l'ablation de la majorité des calculs.

Suites opératoires : décès du malade, quelques jours après l'intervention dans l'hyperthermie avec agitation.

Pièces d'autopsie : une sonde passée par le drain bute contre un obstacle situé à l'union du 1/3 gauche -1/3 moyen du pancréas. Wirsung ouvert, dilaté et scléreux. L'obstacle est un calcul sur lequel se rétracte la paroi du canal.

En avant les canaux excréteurs sont dilatés, vides, presque kystiques.

Histologie : sclérose très avancée du parenchyme pancréatique, maximum au niveau de la tête.

Les canaux secondaires contiennent des calculs. Au-dessus de l'obstacle, l'image est celle d'une pancréatite d'amont.

OBS. N° 31

MADJ... Marie - 27 ans.

Histoire clinique : débute avec la découverte d'un diabète en novembre 1955 (glycémie 2,80, Glycosurie 70 g %). Traité par régime et insulinothérapie, celui-ci s'aggrave en janvier 1956 ; corps cétoniques dans les urines, asthénie intense, somnolence.

Hospitalisée à Varsovie du 8 août au 13 octobre 1956 en vue d'équilibrer ce diabète. C'est au cours des examens complémentaires pratiqués à cette occasion, que l'on va découvrir une lithiasse pancréatique.

Antécédents : en 1948, douleurs de l'hypocondre droit sans fièvre, attribuées à la vésicule biliaire.

La malade souffre par intermittence de l'épigastre : douleurs peu intenses, sans horaire précis, sans caractères définis.

Une cholécystographie montre une vésicule ronde, non lithiasique, se vidant bien, sans opacification de la voie biliaire principale. Le transit gastro-duodénal opacifie un estomac et un duodénum normaux mais surtout fait découvrir une série de concrétions bien délimitées dans la région de la tête du pancréas et des canaux pancréatiques. D'autres concrétions se retrouvent dans la partie qui correspond à la queue du pancréas. Malgré une insulinothérapie intensive, le diabète continue à évoluer. Considérant alors l'évolution clinique grave de ce diabète, sa résistance relative à l'insuline et la relation probable avec une pancréatite chronique lithiasique, on estime opportun de procéder chez cette jeune malade à une intervention chirurgicale pancréatique et elle est alors adressée à Paris au Pr . L. LEGER

Splénomanométrie à 17
Splénoportographie normale.

Intervention le 28-2-1957 - Pr. L. LEGER

La totalité du pancréas présente dans son épaisseur des calculs que l'on sent de la dimension d'un pois et dont certains sont mobilisables sous le doigt à l'intérieur du canal de Wirsung.

I - Décollement duodéno-pancréatique : Par la face postérieure, on pratique une pancréatotomie par laquelle on extrait toute une série de volumineux calculs qui répondraient vraisemblablement à la colonne lithiasique verticale observée au niveau de la tête.

2 - Puis, pancréatectomie gauche, la tranche de section isthmique montre un Wirsung de la taille d'un gros crayon. Et on extrait du segment céphalique plusieurs calculs volumineux. Une pancréatographie pratiquée de gauche à droite montre un Wirsung distendu de la dimension du doigt, mais aucun passage duodénal.

Pancréato-jéjunostomie suivant la technique habituelle.

Histologiquement : . . .

- sclérose importante avec disparition presque totale du pancréas exocrine.

Par ailleurs, il existe des îlots de Langerhans remaniés qui ne peuvent en aucun cas être encore fonctionnels et le nombre des îlots qui apparaissent normaux se trouve être extrêmement réduit.

Suites opératoires : troublées par un coma diabétique qui nécessite son admission à La Pitié dans un service spécialisé.

Suites ultérieures : disparition des douleurs. Puis grosse amélioration du diabète.

OBS. N° 32

MON... André - 46 ans

Début des troubles en 1950 par un syndrome douloureux épigastrique.

En 1953, hémorragie de sang rouge dans les selles.

En 1954, nouvelle hémorragie intestinale.

Radiographie gastro-duodénale, montrant une déformation du bulbe. Calcification de la zone pancréatique de part et d'autre de la ligne médiane.

Splénomanométrie P = 25

Splénoportographie : circulation collatérale péricapulaire, pas d'injection de la veine splénique et du tronc porte.

Intervention le 5-1-54 - Pr . L. LEGER

Tête et corps du pancréas augmentés de volume, adhérent au duodénum.

Pancréatographie, sténose isthmique avec image de pancréatite chronique. Drainage du Wirsung.

Biopsie confirme la pancréatite chronique.

La réapparition des douleurs et des vomissements fait pratiquer successivement :

une splanchicectomie gauche,

une gastro-entérostomie pour sténose du pyllore.

En avril 1956 : réapparition des douleurs, des vomissements, des diarrhées. L'exploration montre un ulcère peptique : vagotomie.

En août 1956 : fistule gastro-jéuno-colique.

Décès au 16ème jour après tentative de fermeture.

Histologie du pancréas :

Montre une inflammation aiguë suppurée péri-canalaire, et péri-canaliculaire, venue compliquer l'évolution d'une pancréatite chronique lithiasique avancée.

OBS. N° 33

VIN... Daniel - 33 ans

Envoyé dans le service pour lithiasse du pancréas. Les crises douloureuses sont apparues il y a 3 ans.. Survenant au début tous les 2 ou 3 mois, leur fréquence s'est accrue jusqu'à devenir hebdomadaire. De début brutal ou progressif, elles apparaissent à n'importe quelle heure, mais surtout la nuit et le matin, très intenses, faisant gémir le malade qui est obligé de garder le lit.

Leur siège est variable, surtout fosse iliaque gauche et région sous-ombilicale, parfois épigastrique, parfois en barre sous-costale, à irradiations ascendantes vers les épaules, parfois même la nuque. Ces crises s'accompagnent de fièvre à 38-38°5 avec frissons, de subictère.

Le malade a maigri en 2 ans et demi de 20 kg.

Des examens complémentaires ont amené au diagnostic de pancréatite lithiasique :

- une amyplasémie à 314 U.S., lors d'une crise en Juillet 1957,
- des calcifications nettes dans l'aire d'un cadre duodénal légèrement déroulé ;
- sur les radios vésiculaires, une vésicule dilatée se vidant bien, sans dilatation du cholédoque qui n'est pas visible dans sa portion rétro-pancréatique. Aucun antécédent notable.

Une splénométrie décèle une pression à 6 cm.

La splénoportographie objective un amincissement du tronc spléno-mésaraïque.

Intervention le 18-9-57 - Pr. L. LEGER

Pancréatectomie gauche emportant la rate, non augmentée de volume. Section du pancréas au niveau de l'isthme. Sur la tranche, on trouve le Wirsung dilaté (3 mm environ de

diamètre) que l'on cathétérise au stylet, qui libère du suc pancréatique sous pression.

La pancréatographie descendante montre un Wirsung dilaté de la taille du petit doigt, tortueux, avec un passage duodénal discret.

L'indication de pancréato-jéjunostomie apparaît évidente. On la réalise par la technique habituelle en montant une anse jéjunale en Y.

Les suites opératoires sont extrêmement simples ! les douleurs disparaissent immédiatement. L'amylasémie tombe rapidement à 123 U.S. l'amylasurie à 256 en 3 jours, et le malade sort en excellent état au 12ème jour.

L'examen histologique du pancréas va montrer une pancréatite chronique en poussée subaiguë.

°°

OBS. N° 34

COT... Bernard - 37 ans

Adressé pour syndrome douloureux chronique de l'hypocondre gauche.

Histoire de la maladie :

- Début en 1952: brusquement, douleurs intenses en coup de poignard, de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, à irradiation inter-scapulaire, avec vomissements. Cette crise dure 3 heures et se poursuit pendant 3 à 4 jours par un endolorissement épigastrique avec selles liquides, sanguinolentes.
- Pendant un an, douleurs épisodiques de l'hypocondre gauche.
- En avril 1954, nouvel épisode douloureux à type de torsion durant 4 jours.
- Depuis cette date, douleur continue de l'hypocondre gauche, sans horaire, avec paroxysmes dont la fréquence s'accroît. Rectorragies rouges intermittentes.
- Fin 1955 : crise hyperdouloureuse avec

hématémèse.

- En janvier 1956 , nouvel épisode aigu avec nouvelle hématémèse ; (les radios gastriques et coliques sont normales).

- En avril et mai, trois crises qui nécessitent son hospitalisation à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents : dysenterie amibienne en 1942, avec rechutes,

en 1953, infiltrat tuberculeux du sommet D, traité pendant 5 mois par PAS, Streptomycine, Rimifon.

Entre dans le service le 23-6-56 :

- Malade pâle, très amaigri (a perdu 14 kg en quelques mois : 50 kg pour 1,70 m)

- souffrant continuellement : réduit à la morphine.

- Examen clinique : S. de Mallet-Guy.

- Radios de l'abdomen : calcification latérorachidienne D. en regard de L1, L3.

- Biligraphie : cholédoque rétro-pancréatique effilé

- Estomac normal : aspect effilé de D2.

- Splénoportographie : rétrécissement de la terminaison de la veine splénique ; P = 15 cm.

- Laboratoire : glycémie = 1,42

amylasémie = 150 U.S.

amylasurie = 250 U.W.

Intervention le 9 juillet 1956 :

Médiane : pancréas dur et inflammatoire avec au niveau de la tête un aspect pseudotumoral.

- Pancréatectomie gauche emportant la rate.

- En décollant l'isthme du pancréas des plans postérieurs, on ouvre une poche kystique d'où s'écoulent 30 cc environ de liquide clair.

- Injection de diodone par le Wirsung visible au fond de la poche : opacification d'une poche de la taille d'une mandarine, pré et latérorachidienne D.

- Pancréato-jéjunostomie en anastomosant l'anse jéjunale aux parois du kyste et à la tranche pancréatique (suc recueilli per-opératoirement : trypsine active).

Anatomo-pathologie :

Pancréas de lithiasse assez typique.

- Sclérose interstitielle assez marquée. Liposclérose périphérique.

- Autour des canalicules excréteurs dilatés, vides, entourés de sclérose, on observe tous les degrés de la régression canaliculaire avec persistance des îlots de Langerhans.

Suites opératoires des plus simples.

Guérison.

En novembre 1956, nous apprenons que, malgré une reprise de poids et un bon état général, il avait été découvert une caverne du poumon, tuberculeuse.

Suites ultérieures (18 mois après la P.J.) :

- Disparition complète des douleurs.

- Reprise de poids : 11 kg en 8 mois.

- Alimentation normale.

- Tuberculose pulmonaire stabilisée.

°°°

LITHIASSE DU PANCREAS

--

Nous présentons 12 observations de lithiasse pancréatique.

La réputation qu'a cette affection d'être rare est sans doute usurpée. La multiplication des examens radiologiques permet de la découvrir plus souvent. Encore faut-il peut-être tenir compte des calculs qui peuvent demeurer longtemps invisibles aux rayons X.

Sur un total de 42 affections chroniques du pancréas que nous présentons, il y a 12 lithiases patentes auxquelles il faut ajouter 5 autres observations s'accompagnant de faux kyste ou de dilatation pseudo-kystique des canaux, que nous présenterons à part, soit un total de 17.

C'est la douleur qui domine de loin le tableau clinique. Elle évolue par crise. Le point de départ est extrêmement variable :

- épigastre : observations N° 32 - 33 - 22 - 23 - 30

- hypocondre gauche : N° 23 - 25

- hypocondre droit : N° 24 - 26 - 28 - 31.

L'irradiation extrêmement variable aussi :

- postérieure, transfixiante,

- ascendante, thorax, épaule gauche ou droite,
- descendante, fosse iliaque, région péri-ombilicale,
- en ceinture.

Dans l'ensemble, tous les sièges aux alentours de l'épigastre et toutes les irradiations ont été retrouvées dans nos observations.

L'installation de ces algies a pu être brutale ou progressive, parfois précédée de prodromes que le malade a souvent identifiés.

La fin de la crise est souvent brusque, avec persistance d'un endolorissement épigastrique post-critique (28). Toutes les modalités évolutives ont été notées. Parfois les crises sont rythmées par les repas :

- soit précoces : 10 minutes après : 28,
- soit tardives : 3 heures après : 32

Le rôle de l'alimentation a pu être incriminé, graisses en particulier.

La durée extrêmement variable : de 30 minutes à plusieurs jours et il existe alors des paroxysmes.

Le rythme des crises douloureuses est variable aussi :

- parfois tous les mois : 26
- bimensuelles : 30.

Les intervalles libres peuvent durer de une semaine à plusieurs années.

Dans l'ensemble, au cours de l'évolution les crises se font de plus en plus fréquentes, et les périodes d'accalmie de moins en moins nettes.

Il n'existe donc pas de type douloureux particulier, ni de modalités évolutives schématiques.

Parfois l'allure rythmée dans la journée et dans le temps, évoque un ulcère gastro-duodénal. Ailleurs, les douleurs de l'hypocondre droit avec irradiation ascendante signalent la souffrance des voies biliaires. Cependant, il est un caractère général que l'on retrouve souvent, c'est l'intensité de ces douleurs, particulièrement au moment des paroxysmes, entraînant des attitudes antalgiques, résistant souvent à la morphine.

Les signes d'accompagnement sont fréquents, nausées, vomissements, parfois petit état de choc. CHABRIAT a schématisé trois modalités de ces douleurs :

- la colique pancréatique de Lancereaux, attribuée à une migration calculueuse,
- les paroxysmes sur fond subaigu dû à la sclérose pancréatique,
- enfin les crises biliaires en relation avec un obstacle pancréatique.

L'amaigrissement : est également un signe majeur, dans deux observations il a été de 20 kg : N° 22 - 33 - qui passe de 69 à 49 en 2 ans. Souvent moins marqué, mais il est cependant noté dans tous les cas.

Les troubles digestifs : la stéatorrhée a été patente chez le N° 22 - où le malade remarque que ses selles sont constituées par un liquide huileux, jaune, surnageant sur l'eau et se figeant secondairement. L'aspect de ses selles était particulièrement caractéristique après les poussées douloureuses de l'hypocondre gauche.

N° 33 : les douleurs épigastriques s'accompagnaient régulièrement de selles grasses.

Ailleurs - N° 25 - on note seulement aspect pâteux des selles.

La stéatorrhée est dans l'ensemble rarement nette. Cependant, les examens biologiques mettent souvent en évidence le trouble du métabolisme des graisses, témoin du déficit de la sécrétion pancréatique. externe.

Il existe volontiers de la diarrhée, qui dans certains cas - N° 22 - a pu revêtir un aspect pseudo-dysentérique, 30 selles par jour, foncées, peu fécales, contemporaines des poussées douloureuses.

L'ictère : n'est noté que dans une observation - N° 33 - encore s'agit-il de subictère, avec fièvre et frisson, accompagnant les crises et disparaissant lors de leur sédation.

Son apparition au cours d'une lithiase pancréatique doit faire rechercher :

- une compression d'origine pancréatique,
- une lithiase biliaire associée,
- parfois des troubles dyskinétiques, voire un ictère d'origine hépato-cellulaire.

Dans le cas présent, il s'agissait d'une compression d'origine pancréatique. Il n'a pas été possible de mettre en évidence le cholédoque rétro-pancréatique.

Des hémorragies ont été notées 3 fois :
N° 32 - 22 - 23. Elles sont dans ces

différents cas, apparues précocement dans l'histoire de la maladie. Il s'est agi de méloena abondant, pour le N° 23 d'hématémèses. ayant mis les jours du malade en danger. Nous verrons l'intérêt de l'exploration du système porte pour leur interprétation.

Le diabète : est relativement fréquent mais d'importance variable. Dans l'observation N° 31, c'est lui qui a attiré l'attention en premier. La lithiase pancréatique a été découverte au cours de l'hospitalisation nécessitée pour l'équilibration de ce diabète : glycémie : 2,80 - glycosurie : 70 g‰.

Cette malade a été envoyée de Varsovie au Pr. L. LEGER du fait de la relation probable de cette lithiase pancréatique, avec ce diabète d'évolution clinique grave, et résistant relativement à l'insuline.

Les suites opératoires ont été troublées par un coma diabétique, puis finalement amélioration considérable.

A plusieurs reprises, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée a objectivé un syndrome paradiabétique : N° 22 et 28.

Enfin, la glycémie est souvent légèrement supérieure à la normale. Il faut d'ailleurs noter la fréquence de poussées d'hyperglycémie dans les jours qui suivent la pancréatectomie gauche.

Dans l'observation N° 28, on note l'apparition d'un diabète important : Glycémie : 2,16 - glycosurie 275 g par 24 heures, rapidement amélioré par l'insulinothérapie. En quelques semaines, les doses d'insuline sont diminuées et supprimées 3 mois après, le seul régime de restriction hydrocarbonée étant suffisant pour l'équilibrer.

Pour les N° 24 et 29, après une montée respective de 2,60 g et 3,10 dans les jours suivant l'intervention, tout est revenu à la normale spontanément.

Pour l'interprétation de ces faits, on se-rait tenté d'incriminer l'ablation du pancréas gauche, le plus riche en îlots de Langerhans, jusqu'à ce que s'installe un nouvel équilibre. Mais il persiste encore un certain nombre d'inconnues.

Nous disposons d'une observation privilégiée avec hypoglycémie importante - N° 27 : M. HUC... présentait depuis 2 ans des fringales nerveuses avec troubles caractériels, qui avaient été diversement interprétés jusqu'à ce qu'une glycémie à 0,55, au cours d'une crise, objective les accidents hypoglycémiques.

La découverte, puis le traitement de la lithiase pancréatique ont fait disparaître totalement les troubles et ce avec un recul de 4 ans.

L'examen anatomo-pathologique note l'existence de néo-formations langerhansiennes importantes, avec forte prédominance des cellules (3) en rapport avec l'obstruction des canaux.

Cet examen rappelle tout à fait les expériences de ligature expérimentale, qui entraînent par effet Mansfeld une hyperplasie langerhansienne prédominante, sur les cellules insulino-sécrétrices.

Examen clinique :

Fournit peu de renseignements. Ici également, la manoeuvre de Mallet-Guy réveillant un point

douloureux, présente une grande valeur diagnostique et localisatrice. On le retrouve dans la moitié de nos observations.

Examens complémentaires :

- Radiographies sans préparation : permettent d'affirmer la lithiase sur la constatation d'images calculeuses à topographies pancréatiques.

Cette étude localisatrice nécessite :

- un cliché de face, centré sur L_I avec des rayons peu pénétrants et une pose^I courte ;
- des clichés de 3/4 pour dégager le corps pancréatique de l'ombre rachidienne ;
- un cliché de profil sur lequel les calculs se situent en avant du segment D_{I2} , L_I , L_2 .

La topographie dans les cas douteux pourra également être précisée par l'opacification des organes de voisinage, cadre duodénal, voies biliaires, urographie intraveineuse éventuellement.

La grande majorité de nos observations montre une lithiase multicalculeuse. Les images peuvent intéresser toute la glande, mais le plus souvent, elles prédominent au niveau de la tête, avec projection sur le flanc droit du rachis. N° 26 et 28.

Dans l'observation 23, les calcifications étaient nombreuses, réparties de façon homogène sur toute la glande, mais prédominant à gauche du rachis.

Il est impossible à l'examen radiographique de préciser le siège exact des calculs par rapport aux canaux et l'on sait l'importance pathogénique qui s'attache à cette localisation.

Cependant, dans l'observation N° 30, il existe des calcifications diffuses prédominant au niveau de la tête où une colonne calculeuse verticale, paraît bien répondre au canal de Wirsung bourré de calculs.

De même, dans l'observation N° 31, de très volumineux calculs échelonnés tout le long du pancréas avec au niveau de la tête une colonne verticale, juxta-cholédocienne de calculs de la dimension de petits pois.

Beaucoup plus rarement, les calcifications sont en petit nombre. Dans l'observation N° 29, on note quelques petites calcifications latéro-rachidiennes droites, entourées par l'anneau duodéal.

Dans ces lithiases pauci-calculeuses, la localisation est plus difficile, mais elle présente un intérêt thérapeutique certain.

- Examen baryté gastro-duodéal :

Le cadre duodéal apparaît élargi : Obs. 29 - 24,

ailleurs déroulé, ovale : N° 33.

Les images anormales liées à l'atteinte du pancréas posent des problèmes diagnostiques souvent difficiles.

- L'observation 32 note une déformation du bulbe, faisant penser à un ulcère. L'intervention montre une adhérence de la tête et du corps pancréatiques à la face postérieure du duodénum, ce qui explique vraisemblablement la déformation pseudo-ulcéreuse constatée. Secondairement, s'est constituée une sténose pylorique ayant nécessité une gastro-entérostomie.

- L'observation N° 22 note une niche du bord G du canal pylorique avec aspect de duodénite oedémateuse. Une épreuve pharmacodynamique à la morphine a mis en évidence des spasmes importants des sphincters duodénaux. Il existe ici un état d'hyperexcitabilité de l'anneau duodénal.
- L'observation 25 : spasmes duodénaux multiples, faisant évoquer une duodénite de D2.
- Exploration radiologique des voies biliaires: A plusieurs reprises, il existe une anomalie du cholédoque rétro-pancréatique.

Dans l'observation 22 : angulation entre le cholédoque pédiculaire et rétro-pancréatique, celui-ci est rétréci avec trajet intramural filiforme.

Dans l'observation 24 : vésicule recourbée en hameçon avec un cholédoque effilé dans la portion intra-hépatique et reflux dans les canaux hépatiques.

N° 32 : arrêt à l'extrémité inférieure de la voie biliaire principale.

Quatre fois le cholédoque n'a pas été opacifié au biligraphin : N° 23 - 30 - 31 - 33.

Dans l'obs. 22 : la ponction transhépatovésiculaire a objectivé l'importance des phénomènes spasmodiques au niveau des sphincters d'Oddi et de Mirizzi. De même dans le N° 25 la manométrie révèle une hypertonie avec spasme oddien et reflux wirsungien.

Dans aucun de nos cas, nous n'avons observé de lithiasse biliaire associée à la lithiasse pancréatique. Il est à noter la fréquence des dystonies biliaires, associées pour

le N° 22 à un état hyperspasmodique du duodénum. Ces manifestations jouent peut-être un rôle dans la physiopathologie de la lithiase pancréatique. Surtout il faut insister sur le rôle algique de telles perturbations rentrant pour une part dans la séméiologie douloureuse de l'atteinte pancréatique, nous l'avons vu.

Splénoportographie :

La pression est très augmentée dans l'observation 23 : P = 40 cm ; plus modérément dans les obs. 22 P = 18 - 31 : P = 17 - 32 : P = 25.

Il existe des anomalies de la jonction spléno-portale :

N° 22 : sténose de la jonction

N° 30 : défaut d'injection de la jonction veine splénique - veine porte.

N° 33 : amincissement du tronc spléno-mésaraïque.

Dans 2 observations, où il existait des hémorragies, la splénoportographie a objectivé une hypertension portale segmentaire.

N° 22 : thrombose incomplète de la veine splénique, avec circulation périgastrique de suppléance.

N° 32: importante circulation collatérale en tête de méduse périsplénique, sans injection de la veine splénique ni du tronc porte.

La pancréatographie :

C'est l'examen essentiel qui permet de juger de l'importance et de l'étendue des lésions, et permet de ce fait de guider la thérapeutique.

Dans 4 de nos observations, la pancréatographie rétrograde a montré une sténose au niveau de l'isthme.

N° 22 : Le segment céphalique du Wirsung est dilaté, avec arrêt sur la ligne médiane, puis le canal reparait opacifié à gauche de la colonne vertébrale, en pleine zone calcifiée. Il existe donc une sténose isthmique, avec dilatation de part et d'autre. Cet aspect a fait pratiquer une pancréatectomie gauche.

N° 26 : le Wirsung injecté par voie rétrograde apparaît dilaté. L'injection s'arrête sur la ligne médiane. Il existe des taches claires correspondant aux formations calculeuses. Il existe quelques canalicules dilatés au niveau de la tête, témoins de la pancréatite. Le centre de certains culs-de-sac canauxaires ainsi constitués, apparaît en clair, traduisant l'existence de calculs.

Ici également, après échec d'un drainage externe, une pancréatectomie gauche a été pratiquée.

N° 30 : La pancréatographie rétrograde note de nombreux calculs se dessinant en clair dans un Wirsung notablement dilaté. Il existe une image de sténose isthmique avec à ce niveau enclavement d'un calcul, qui n'obture cependant pas complètement le canal, puisque le segment corporéo-caudal est opacifié.

N° 32 : image de sténose isthmique avec aspect de pancréatite chronique, Wirsung tortueux et dilaté, La situation strictement médiane de l'obstacle appelle quelques réflexions. Mallet-Guy a insisté sur les pancréatites chroniques gauches. L'aspect

segmentaire de la pathologie du pancréas, à cheval sur la ligne médiane, là où se soudent les ébauches embryologiques, trouve dans un certain nombre de cas son explication dans cette sténose médiane du canal excréteur, qu'elle soit organique voire parfois fonctionnelle.

Dans 8 cas, une pancréatographie descendante a été pratiquée après section isthmique.

N° 26 : après drainage externe du Wirsung, pancréatographie descendante montrant l'intégrité du segment ampullaire du canal, on pratique une pancréatectomie gauche. Il faut rapprocher ce cas du

N° 22: de sténose isthmique, déjà cité où la pancréatectomie gauche ne fut pratiquée qu'après vérification de l'intégrité du segment terminal du Wirsung.

Par ailleurs, 6 observations où la pancréatographie descendante a montré des anomalies au niveau de la tête pancréatique.

N° 23 : Wirsung dilaté avec passage duodénal inexistant.

N° 24 : Wirsung dilaté avec un passage duodénal discret et la rétention pancréatique est prouvée par le fait qu'après la radio, le diodone reflue par le tube extra-Wirsungien.

N° 28 : dilatation du Wirsung sans passage duodénal.

N° 29 : Wirsung céphalique uniformément dilaté, présentant une coudure à la jonction du segment vertical et du segment hori-

zontal, aucun passage dans le duodénum sur aucun des 4 clichés.

N° 25 : opacification du Wirsung, sauf à la partie terminale : obstacle calculeux terminal du Wirsung.

N° 31 : Wirsung distendu de la dimension du doigt , sans passage duodénal. Cet aspect a été dans tous ces cas, l'indication d'une pancréato-jéjunostomie.

La pancréatographie post-opératoire a été réalisée dans tous les cas de drainage externe du Wirsung .

N° 30 : cet examen montre que l'on a procédé à l'ablation de la majorité des calculs.

N° 27 : montre le Wirsung restant dilaté dans la lumière duquel on devine des calculs. Il existe de plus une opacification des canalicules témoins d'une pancréatite chronique.

N° 26 : injecte complètement le Wirsung.

La pancréatographie apparaît bien comme l'examen essentiel de la chirurgie pancréatique, permettant de préciser en toute logique les indications thérapeutiques.

Les examens de laboratoire :

En dehors de la modification de la glycémie, que nous avons vue, l'amylasémie et l'amylasurie sont à peu près constamment augmentées.

N° 24 : 309 unités
128 U

deux jours après l'intervention : 128 U
74 U

N° 29 : 365 U
256 U.

N° 30 : amylasémie 237 U

N° 33 : 600 U
1026 U, retombant en 3 jours à 123 U.
256 U.

Mais ces dosages ne restent qu'un élément d'appoint, il est pourtant intéressant de noter leur diminution après l'intervention.

Les épreuves hépatiques dans tous les cas où elles ont été pratiquées, se sont révélées normales.

L'épreuve d'iodurie provoquée a objectivé dans l'observation 22 un trouble du métabolisme des graisses alors que pour le N° 27, l'absorption était correcte.

Examen anatomo-pathologique :

Permet de retrouver toutes les lésions que nous avons vues pour les pancréatites chroniques, distension canalaire, sclérose, hyperplasie des cellules nerveuses, modifications des îlots de Langerhans.

L'examen des pièces permet en outre de préciser le siège exact des calculs.

On a opposé en effet :

- les calculs canauxaux aux calcifications parenchymateuses qui seraient un témoin de pancréatite.

- Un certain nombre d'auteurs estiment que lithiasse et calcifications sont deux maladies de pathogénie différente.

Sans rentrer dans les nombreuses discussions faisant de tel ou tel facteur l'élément initial des lésions, notons seulement que l'examen des pièces a montré que dans tous les cas les concrétions calculeuses étaient canalaire, soit dans le canal principal, soit dans les canaux collatéraux dilatés parfois exclus et pouvant paraître parenchymateux.

Une seule fois, N° 26, l'histologie a révélé des calcifications minimes mais certaines du stroma.

Indications thérapeutiques :

Diverses interventions ont été proposées. Certaines indirectes à visées essentiellement antalgiques ont donné à leurs auteurs un certain nombre de succès.

Il est possible à ce propos de penser qu'à la douleur de distension canalaire, peut s'ajouter une algie de sclérose englobant les terminaisons nerveuses ; ce sont contre ces dernières manifestations que les interventions sympathiques sont actives.

Notons que dans l'observation 32, une splanchnicectomie gauche, après échec du drainage du Wirsung par voie externe n'a apporté au malade qu'un soulagement transitoire.

A l'opposé, il existe un certain nombre d'interventions directes sur le pancréas. Leurs modalités sont variables, dictées essentiellement par la pancréatographie, qui permet d'apprécier le nombre, le siège des calculs, le passage duodénal, l'état du parenchyme.

Dans 4 observations, un draguage du

Wirsung suivi du drainage externe a été réalisé. Les plus gros calculs furent enlevés à la pince, suivi d'un curetage doux du canal, favorisé par sa distension.

N° 30 : extraction des calculs après sphinctérotomie, drainage par une sonde de Nélaton. La pancréatographie post-opératoire montre que l'on a procédé à l'ablation de la majorité des calculs. Malheureusement décès dans les jours suivants.

N° 26 : sphinctérotomie d'Oddi avec drainage du Wirsung mais échec ayant imposé secondairement une pancréatectomie gauche.

N° 32 et 28 : La même technique après amélioration transitoire s'est également soldée ultérieurement par un échec.

Il semble bien que dans notre courte série, cette intervention soit insuffisante. Il est cependant vraisemblable que cette technique soit intéressante dans les formes uni ou pauci-calculieuses, que nous n'avons pas rencontrées.

Rapprochons cependant l'observation 25 qui a subi une pancréatojéjunostomie au cours de laquelle la pancréatographie descendante avait montré un obstacle terminal du Wirsung. La réapparition secondaire des douleurs de type différent des douleurs initiales, apparaissant au niveau de l'hypocondre droit, fait incriminer ce calcul restant de la fin du Wirsung.

Celui-ci retiré, la pancréato-lithotomie avec drainage du Wirsung permet de débarrasser complètement le malade de ses troubles.

Trois pancréatectomies gauches ont été pratiquées :

N° 22 : pancréatectomie gauche avec splénectomie après vérification de l'intégrité du segment du Wirsung laissé en place.

Avec un recul de plus de 2 ans, amélioration considérable, cependant persistance de petits phénomènes douloureux, d'épisodes frustes de stéatorrhée et d'un syndrome paradiabétique.

N° 26 : pancréatectomie gauche après échec du drainage du Wirsung. Décès dans les jours suivants, le moignon pancréatique était normal.

N° 27 : pancréatectomie gauche avec splénectomie, associée à un drainage du Wirsung. La pancréatographie post-opératoire montre un Wirsung restant dilaté dans la lumière duquel on devine des calculs.

La disparition du syndrome hypoglycémique qu'accusait ce malade, peut s'expliquer d'une part par la pancréatectomie emportant un grand nombre d'îlots de Langerhans hyperplasiques du fait de la distension canalaire, et d'autre part par la suppression de celle-ci.

Il faut insister à propos des pancréatectomies gauches et des pancréatolithotomies, sur l'intérêt qu'il y a d'associer un drainage du Wirsung, surtout si l'on a un doute sur la liberté de passage duodénal, étant donné le risque, certain, de fistules pancréatiques.

Six pancréato-jéjunostomies ont été pratiquées : 5 fois elle a été pratiquée d'emblée : N° 24 - 25 - 31 - 29 - 33 - 28.

Dans tous les cas, l'indication majeure du drainage par l'intermédiaire d'une anse montée en Y, a été la pancréatographie descendante qui a montré l'absence ou la discrétion du passage duodénal.

On note, dans cette série: N° 29 : un décès par abcès sous-splénique où l'examen du liquide décela l'existence de suc digestif.

N° 25 : la persistance d'un calcul de la fin du Wirsung, négligé au cours de l'intervention a nécessité son ablation par pancréato-lithotomie et drainage externe. Dans ce cas, on doit incriminer le manque d'efficacité de la dérivation interne. Une pancréatographie post-opératoire n'a pas montré en effet de passage jéjunal.

N° 31 : L'indication était un syndrome diabétique sévère. Les suites immédiates furent troublées par un coma diabétique, puis amélioration du trouble glycémique. Cependant, le recul est encore trop faible pour conclure.

Dans trois cas, le résultat est excellent: N° 24 - 33 - 28 : disparition des douleurs, grosse amélioration de l'état général. Le recul est de 18 mois pour le dernier, de 6 mois seulement pour les autres.

Une septième pancréato-jéjunostomie, mais dans des conditions un peu particulières, N° 32, chez un sujet ayant déjà subi un drainage du Wirsung, une splanchnectomie, une gastro-entérostomie, une double vagotomie, pour ulcère peptique, une gastrectomie

et secondairement s'est constituée une fistule gastro-jéjuno-colique emportant le malade.

Il faut rapprocher de cette technique de dérivation interne un cas de pancréatogastrostomie, N° 23, exécutée pour des raisons de commodité (ulcère gastrique perforé dans le pancréas, avec brèche non suturable). L'état général très bas de ce malade s'est progressivement altéré.

Parmi les interventions palliatives pratiquées, on note :

- une gastro-entérostomie N° 32 pour sténose pylorique,
- une cholécystostomie N° 27,
- une splénectomie a été associée à toutes les pancréatectomies gauches, notons qu'il existe 3 fois un aspect d'hypertension portale segmentaire ayant entraîné des hémorragies : N° 23 - 22 - 32.

Les indications sont difficiles à préciser. Outre l'intérêt des interventions à visée antalgique pure, l'existence d'une distension canalaire, impose le drainage et mieux que le drainage externe, il semble qu'il faille s'adresser à la pancréatogéjunostomie. La gravité de cette affection impose en effet la solution chirurgicale.

Certains auteurs ont été jusqu'à proposer la pancréatectomie totale qui comporte cependant des risques opératoires et surtout ultérieurs très sérieux. Cependant les douleurs véritablement atroces, qu'éprouvent certains malades peuvent dans certains cas pousser aux solutions chirurgicales extrêmes.

KYSTES DU PANCREAS
(9 Observations)

-:-

OBS. N° 35

COUR... Maurice - 29 ans;

Envoyé dans le service pour lithiase du pancréas.

Les premières manifestations cliniques remontent à Juillet 1952, date à laquelle il présente des crises douloureuses épigastriques très vives, accompagnées de vomissements bilieux, de diarrhée, et d'une ascension thermique à 38°. Par la suite de nouvelles crises apparaissent à intervalles espacés.

A partir de 1955, les crises de plus en plus violentes se rapprochent survenant tous les deux mois environ nécessitant bientôt l'usage de la morphine.

Durant les derniers mois de 1955, la répétition des crises rend toute activité impossible. L'état général commence à s'altérer. A l'occasion d'une crise particulièrement violente, le malade est hospitalisé à Bicêtre dans le service du Dr CACHIN. Chez ce malade légèrement amaigri, l'examen clinique ne décèle qu'une légère sensibilité de la région épigastrique, sans signe de Murphy ni de Mallet-Guy.

Les radiographies décèlent de multiples calcifications assez fines qui dessinent véritablement la totalité du pancréas.

Les radiographies gastro-duodénales et biligraphie sont normales. L'amylasémie est à 46 U. Vincent Legonzac (Normal : 4 à 41 U.). L'amylasurie à 600 U. Wohlgemuth. Glycémie : 0,96.

Splénomanométrie augmentée à 20 cm d'eau.

Splénoportographie : amputation de l'axe spléno-portal sur 2 cm environ dans son segment pré-rachidien, répondant au tronc. splénomésaraïque. La veine porte présente un épanouissement en éventail réalisant une image de dilatation sous-stricturale.

Intervention : 24 mars 1956 : Pr. Lucien LEGER.

- Pancréas totalement induré avec crépitation.

- Importante circulation collatérale épiploïque.

- Pancréatectomie gauche et splénectomie.

- Cathétérisme du Wirsung, grande quantité de suc.

- Pancréatographie descendante, cavité kystique de la tête pancréatique sans passage duodénal.

- Pancréato-jéjunostomie.

Suites opératoires simples : le malade soulagé dès le lendemain de l'intervention, ne présente plus de crise. Amylasémie et amylasurie, huit mois après, sont revenues à la normale.

Compte rendu histologique : Aspect de sclérose pancréatique intra-canaliculaire absolument caractéristique. La sclérose systématisée importante encercle les lobules pancréatiques et les acini périphériques subissent la régression canaliculaire. Ailleurs, la destruction complète des lobules ne laisse persister au sein d'une sclérose dense que des îlots de Langerhans.

Les canaux excréteurs sont extrêmement dilatés, avec multiplication des canalicules afférents. Rate : réticulo-sclérose modérée.

OBS. N° 36

DUB... Jackie - 50 ans

Adressé pour pancréatite calcifiante.

Histoire de la maladie :

- Début : février 1955 : douleurs abdominales intenses, en barre, avec irradiations inter-scapulaires et un hoquet permanent pendant sept semaines. Diarrhée. Ictère avec selles décolorées.

- Juin 1955; nouvelle crise de même type. Radio estomac normale.

- Janvier 1956 : réapparition des crises, devenant plus fréquentes, avec ictère ; altération de l'état général : amaigrissement de 15 kg.

Hospitalisation le 25 juin 1956 : malade pâle, amaigrie

Foie augmenté de volume ;

S. de Murphy et S. de Mallet-Guy.

- Laboratoire :

amylasémie 147 U.S.

amylasurie 128 U.W.

tests hépatiques sensiblement normaux

hyperglycémie provoquée : élimination fractionnée prolongée.

B.W. +++

- Examens radiologiques

- Biligraphie : vésicule faiblement opacifiée avec cholédoque dilaté.

- Radio simple : multiples calcifications dessinant la totalité du pancréas.

- Transit gastro-duodénal : sténose du 2ème duodénum.

- Spléno-portographie : aspect étalé de la jonction veine splénique-veine porte, avec moindre opacification à ce niveau. P = 16 cm d'eau.

Intervention le 6 juillet 1956 :

Médiane : induration avec crépitation de la totalité du pancréas. Par ailleurs, phéno-

mènes inflammatoires de voisinage, avec adhérences, entraînant un aspect de pré-sténose du pylore.

- Pancréatectomie gauche emportant la rate.
- Sur la tranche de section isthmique :

Wirsung peu dilaté.

- Cathétérisme de gauche à droite : suc pancréatique sous pression, charriant une série de calculs. Essai de draguage du Wirsung après dilatation à la bougie : on ramène une quantité importante de boue noirâtre avec des calculins.

- Pancréatographie descendante : cavité kystique de la tête, sans passage duodénal du produit de contraste.

- Pancréato-jéjunostomie avec Wirsungojéjunostomie.

Examen anatomo-pathologique :

- Mutilation scléreuse à peu près complète de l'organe. Wirsung extrêmement dilaté avec calculs multiples.

- Sclérose très dense, peu cellulaire autour du Wirsung ; dans cette région, les lobules pancréatiques sont absolument atrophiés ou même complètement détruits. Seuls persistent dans la sclérose les canalicules dilatés et des îlots de Langerhans.

- En se rapprochant de la queue du pancréas, le Wirsung reste dilaté et la majorité des lobules pancréatiques est également effacée par la sclérose. Cependant, certains lobules sont encore intacts, et donnent, au centre d'une véritable gangue scléreuse, l'impression d'une hyperplasie compensatrice.

Suites opératoires simples : dès le lendemain de l'opération, amélioration sensible. considérable.

Amylasémie à 29 U.S.)

Amylasurie à 32 U.W.) le 10ème jour

Suites ultérieures : 18 mois après la pancréato-jéjunostomie.

- Disparition complète des douleurs.
- Reprise de poids : 5,5 kg en 4 mois.
- Alimentation normale.
- Tendance à la diarrhée.

°°°

OBS. N° 37

BRIS... Serge - 25 ans.

Entre dans le service le 11-6-57 pour une lithiase du pancréas. Les signes fonctionnels se résument en crises douloureuses répétées.

I - La douleur est apparue pour la 1ère fois à l'âge de 15 ans pour réapparaître en Juillet 1950 et Juin 1953, entraînant l'appendicectomie au cours de laquelle on aurait découvert du liquide intra-péritonéal.

La douleur s'est reproduite ensuite tous les 3 mois, puis toutes les semaines avec une crise très intense en avril 1956. La douleur devient peu à peu constante à partir de Novembre 1956. Sur ce fond continu se greffent des crises paroxystiques (1 par semaine) débutant brutalement, à n'importe quelle heure, sans rapport avec les repas, durant deux heures et demie environ ; continue avec paroxysmes ; douleur très intense arrachant des gémissements au malade qui est agité ; siégeant dans l'épigastre, les deux hypocondres, sous le rebord costal. Mais prédominant à gauche dans la région lombaire gauche, avec irradiation descendante jusque dans l'hypocondre ; se terminant progressivement.

Amaigrissement de 5 kg en deux mois.

Examen clinique : douleur provoquée dans l'épigastre et l'hypocondre gauche.

Examens complémentaires : La radio de l'abdomen sans préparation montre une lithiase pancréatique importante.

Splénoportographie : Pression à 21 ;
très mauvaise injection du tronc porte ;
reflux important dans les veines coronai-
res stomachiques et péricapillaires témoi-
gnant d'un obstacle de la circulation
splénoportale.

Radio de l'oesophage : pas de varice
oesophagienne.

Amylasémie 202 U.S.

Amylasurie 128 U.W.

Intervention le 17-6-57 -Pr. L. LEGER

- rate très volumineuse.

- Kyste du pancréas occupant corps et
queue de la taille d'une tête de nouveau-
né. La ponction ramène une centaine de cm³
de liquide bouillon sale.

La kystographie ne montre pas de communi-
cation apparente avec le Wirsung. Tête du
pancréas augmentée de volume et indurée.

- Splénectomie - cathétérisme du Wirsung,
on bute immédiatement sur des concrétions
calculieuses.

- Pancréatographie rétrograde : arrêt
du liquide opaque dans le Wirsung à droite
de la ligne médiane. Dans ces conditions,
on renonce au drainage du Wirsung par voie
transcapillaire et on pratique une kysto-
gastrostomie en deux plans. Mise en place
d'une sonde à double tubulure, une intra-
kystique, l'autre intragastrique.

25-6-57 : retrait de la sonde.

Amylasémie 128

Amylasurie 245

Suites opératoires excellentes : sort
le 5-7-57.

OBS. N° 38

PEDR... Michel -- 27 ans

Histoire de la maladie : en 1953, le malade présente plusieurs crises abdominales douloureuses aiguës à barre épigastrique, à irradiations postérieures, de début brusque, à type de torsion durant 2 à 3 jours, ayant fait parler à cette époque de colique hépatique.

En 1956 : 4 crises douloureuses très violentes avec irradiation à l'épaule gauche.

A l'examen : sensibilité diffuse de l'abdomen, perception dans la région épigastrique d'une masse dure très douloureuse.

Intervention le 12-12-56

On découvre une tuméfaction grosse comme le poing à l'union tête-corps. La ponction ramène du sang noir.

Kystogastrostomie : le liquide du kyste présente une activité diastasique minime : lipasique 0,15
trypsique 0,10

Les suites opératoires sont troublées par une succession d'hémorragies digestives.

Deuxième intervention le 27-I-57

Par voie transgastrique, on trouve une cavité pancréatique incrustée de calcaire, nullement affaissée et saignante et que l'on bourre de spongel. Fermeture de la kystogastrostomie en un plan au nylon. Signalons que les dosages répétés de l'anylasémie et de l'amylasurie sont restés à des taux normaux.

Les suites opératoires bonnes jusqu'au 6-2-57 où survient un méloena.

Un cliché radiologique sans préparation montre une série de taches opaques signant la lithiase.

Une splénoportographie normale élimine un syndrome d'hypertension portale que l'on avait incriminé dans l'étiologie de ces hémorragies à répétition. Il faut donc admettre que celles-ci sont dues à la lésion pancréatique elle-même, aussi envisage-t-on une réintervention pour drainage du Wirsung.

Réintervention le 13-2-57 - Pr.L. LEGER

- Tête du pancréas augmentée de volume, indurée.

- Duodénotomie : le cathétérisme du Wirsung est difficile, râpeux, le tube de Polythène pénètre de 4 à 5 cm ramenant du liquide sanglant, à une pression de 10 cm et charriant des calculins.

- La pancréatographie exécutée avec une dose minime de diodone, dessine un Wirsung un peu dilaté, décrivant un siphon, au-dessous duquel on devine une tache opaque de la taille d'un noix. La lumière du Wirsung présente un chapelet d'images claires répondant à de petits calculs. Drainage du Wirsung à demeure.

Suites opératoires simples : Le 15-2-57 une pancréatographie est pratiquée montrant sur la ligne médiane une tache opaque, appendue au Wirsung et répondant à la cavité kystique. On obtient une fusée vers le corps de l'estomac. Ainsi on peut affirmer la communication du Wirsung avec le pseudo-kyste et de celui-ci avec l'estomac malgré la fermeture de la kystogastrostomie. Le Wirsung apparaît dans l'ensemble notablement dilaté.

Le malade n'a pas souffert jusqu'au 21-8-57 où il est à nouveau hospitalisé pour des douleurs épigastriques faisant penser à une évolution de sa pancréatite.

Nouvelle splénoportographie faite tout récemment montre un retentissement portal actuel.

°°°

OBS. N° 39

TAEM... Jean - 44ans.

Envoyé par le Pr de Gennes pour kyste du pancréas.

Début des accidents en juillet 1955 : par crises douloureuses épigastriques, avec hématomèse, méléna.

Depuis 6 mois :

- Douleur sous-costale gauche, survenant par crises de fréquence et d'intensité croissantes,

- avec irradiation dorsale gauche, sous-costale, cédant spontanément en 8 heures,

- Amaigrissement de 10 kg en 4 mois,

- Anorexie.

L'examen révèle :

- une tuméfaction de l'hypocondre gauche battante, mate et douloureuse à la palpation.

Les examens radiographiques montrent :

- l'estomac refoulé à gauche,

- calcification de la tête et de la queue du pancréas,

- Amylasémie 395 U.S.

- Amylasurie 512 U.W.

- Glycémie 1,26 grammes

Biligraphin : la vésicule s'injecte parfaitement sur les clichés, on voit remarquablement bien la lithiase pancréatique dessinant le Wirsung, mais l'image vue en projection ne laisse pas voir l'état de la queue du pancréas.

Splénométrie : P = 22

Splénoportographie : sténose du pied de la veine porte dont le tronc paraît dilaté en aval de l'obstacle.

Intervention le 4-10-56 - Pr. L. LEGER

- volumineuse masse kystique
duodénotomie

Le cathétérisme du Wirsung est stoppé à 3 cm avec contact calculeux.

- Il ramène du suc pancréatique en rétention. La pancréatographie montre un arrêt d'aspect calculeux à droite de la ligne médiane.

- On essaie de pratiquer l'ablation des calculs, ce qui se révèle impossible malgré une sphinctérotomie.

On pratique alors une ponction du kyste qui ramène une cinquantaine de cm³ de liquide, l'injection de diodone remplit le kyste, mais n'opacifie pas le Wirsung.

- Ouverture du kyste par voie endo-gastrique. On ne trouve pas l'orifice de communication. Dès lors, par la papille, on fore un canal vers le kyste, par lequel est glissé un tube de 5 mm de diamètre, fixé à la muqueuse duodénale, il suit le cadre duodénal et ressort par la première anse après enfouissement à la Witzel.

- Kysto-gastrostomie.

- La pancréatographie post-opératoire n'a pas été possible par suite vraisemblablement d'une couture du tube.

Suites opératoires : a présenté un épisode de sub-delirium transitoire.

au 10ème jour :

- état général excellent
- appétit normal
- plaie cicatrisée normalement
- Amylasémie 54 U.S.
- Amylasurie 128 U.S.

OBS. N° 40

Madame GER... - 59 ans.

La malade est vue le 1er février 1954 pour une masse épigastrique douloureuse avec état subfébrile. Dans les antécédents, on trouve une crise douloureuse épigastrique brutale datant de trois semaines, ayant cédé en une heure, suivie le lendemain d'un malaise sans douleur avec état de collapsus.

Les examens complémentaires montrent :

- une élévation de la coupole diaphragmatique droite,
- La radiographie de l'estomac, un refoulement de la petite courbure et un élargissement du cadre duodénal.

Intervention le 16-2-54 - Pr.L. LEGER

Derrière l'estomac, une poche contenant un demi-litre de liquide grisâtre dans lequel flottent des paillettes de cholestérol. L'ouverture de la poche permet l'évacuation à la main de la queue du pancréas complètement nécrosée. Marsupialisation. Guérison.

Suites opératoires favorables.

La malade revient en septembre 1954 pour se faire enlever, comme prévu, une vésicule lithiasique.

A l'examen on trouve une splénomégalie.

La splénoportographie montre une thrombose de la veine splénique supplée par l'arc vasculaire gastroépiploïque très dilaté.

Au cours de la cholécystectomie pour vésicule lithiasique exclue, on pratique une duodénotomie avec cathétérisme du Wirsung.

La pancréatographie injecte un Wirsung d'aspect normal sans dilatation canaliculaire et légèrement raccourci. Cette observation met en évidence une certaine reconstitution du canal de Wirsung qui semble ainsi doué

d'un pouvoir assez étonnant de régénération.
Guérison sans séquelle.

° °

OBS. N° 41

Monsieur LEH... - 40 ans

Présente depuis 1954 des crises douloureuses abdominales aiguës.

Le 10 Janvier et le 13 février 1957 : deux crises douloureuses particulièrement violentes à début post-prandial.

Le 15 février on constate l'apparition d'une voussure rénittente du flanc gauche (Dr FUMERY).

- L'examen radiologique montre l'abaissement de l'angle de Treitz et une ovalisation du cadre duodénal.

- A la biligraphie : vésicule augmentée de volume, cholédoque indemne. La tuméfaction sous-costale gauche augmente de volume, devient plus douloureuse, s'accompagnant d'algies dorsales basses et de douleurs scapulaires gauches.

L'amylasémie est élevée à 400 unités.

Splénométrie : 17 cm.

Splénoportographie : obstacle sur le trajet de la veine splénique avec importante circulation collatérale périsplénique et épiploïque. Par celle-ci s'opacifie tardivement le tronc porte.

Intervention le 9-3-57 - Pr. L. LEGER

Il existe une masse kystique de la taille d'un pamplemousse. La tête du pancréas est infiltrée.

Duodénotomie : cathétérisme difficile de la papille. Il est nécessaire de pratiquer une dilatation de la terminaison du Wirsung pour le cathétériser.

Pancréatographie : opacification du pseudo-kyste qui dessine une flaque de la largeur d'une main, à gauche de la ligne médiane.

Drainage à demeure du Wirsung : il coule par le drain quelques gouttes de liquide clair qui charrie de petits calculins. On termine par une cholécystostomie.

Trois jours plus tard, une pancréatographie après injection de 4 cm³ de diodone déclenche chez le malade éveillé, une douleur abdominale, en bande horizontale, à irradiations gauches analogues à celles ressenties spontanément lors des crises, mais sans irradiations scapulaires.

Cette pancréatographie précise la même image que celle pratiquée en per-opératoire.

Les jours suivants, l'écoulement du drain est nul; les douleurs persistent, le subictère s'aggrave, la température oscille entre 38 et 39. IL faut bien admettre que le drainage du Wirsung est impuissant à drainer l'énorme cavité kystique.

Réintervention le 21-3-57 - Pr.L. LEGER

Abord transgastrique, par ponction puis incision du kyste, on retire I litre de liquide, épais, rosé, contenant des blocs de nécrose noirs, répondant au corps et à la queue du pancréas sphacelés.

Kystogastrotomie : L'analyse du liquide montre une activité trypsique spontanée diminuée.

Une dizaine de jours après la kystogastrotomie, un écoulement de suc gastrique par la cicatrice vient témoigner d'une désunion partielle de l'anastomose kystogastrique. Cet écoulement s'est tari rapidement.

Les suites opératoires sont excellentes : plus de douleurs,
température normale ;

plus de trace d'ictère.

Les radiographies ultérieures de l'estomac n'ont pas pu mettre en évidence le reflux de baryte vers la cavité kystique.

°°

OBS. N° 42

DUB... Marcel 36 ans

Janvier 1955 : douleurs d'apparition brutale très violentes, de siège variable, tantôt hypocondre droit, tantôt creux épigastrique, plus intenses et plus fréquentes le matin et le soir, accompagnées de vomissements. Ces douleurs augmentent rapidement de fréquence.

Hospitalisation au Havre :

- radioestomac normales ;
- radios de vésicule après préparation : vésicule perméable se contractant bien, mais concentrant mal ;
- Persistance des troubles malgré divers traitements médicaux.

23-2-56 : laparotomie exploratrice.

C.R.O. : Dr DUVAL : "On fait une laparotomie, on trouve une tumeur au niveau de la tête du pancréas remontant d'ailleurs sur le corps et la queue du pancréas. En plus, il existe quelques taches de stéatonecrose sur le péritoine, ce qui fait penser qu'il s'agit d'une pancréatite aiguë. On prélève un fragment de la tête du pancréas pour examen histologique, et l'on se rend compte qu'il existe dans la tête du pancréas une cavité assez importante, de laquelle s'écoule un liquide opalescent. On pense qu'il s'agit d'une pancréatite par calcul au niveau du canal de Wirsung.

La radio per-opératoire des voies biliaires montre que le cholédoque est normal et que le

Wirsung est injecté sur certaines radios avec des images pouvant faire penser à des calculs du pancréas. On draine la cavité en fixant ses bords au péritoine. Fermeture".

- Les suites opératoires sont longues, mais sans incidents notables.

- L'examen anatomo-pathologique vient confirmer l'existence d'un processus inflammatoire chronique : "lobules pancréatiques séparés par de larges gbandes scléreuses."

Mai 1956 : Le malade sort : fistule de marsupialisation guérie . Mais quelques semaines plus tard, de nouvelles crises douloureuses identiques aux précédentes et une fistule apparaît au niveau de la cicatrice. Il s'en écoule un liquide opalescent, et le 20-7-56, un lipiodol est effectué :

"L'injection des produits opaques dans l'orifice fistuleux montre que ce dernier remplit d'abord une première cavité arrondie, puis ensuite un trajet fistuleux qui aboutit à une autre cavité allongée et de cette dernière cavité part un autre trajet fistuleux qui aboutit à la 2ème portion du duodénum.

- Cette fistule se cicatrisera et le malade reprendra son travail en octobre 1956.

14-I-1956 : Nouvelle crise douloureuse. Apparition d'un abcès pariétal. Incision : 1/2 litre de pus épais. Actuellement : état du malade satisfaisant, quoique amaigri.

24-I-58 : A l'entrée dans le service :

- écoulement abondant par la fistule d'un liquide opalescent, propre, inodore.

- pas de douleurs spontanées.

- douleurs provoquées à la palpation dans le creux épigastrique

1-2-58 : prélèvement du liquide de la fistule pancréatique.

Etude de la trypsine active.

- avant sécrétine : traces : 20 minutes après : 2. U ; 60 minutes après : traces.

- 3-2-58 : répétition du même examen :
trypsine active : traces.

- 6-2-58 : la fistule se tarit spontanément.

- 21-2-58 : Intervention Pr. L. LEGER -
Pancréato-wirsungo-jéjunostomie . Le prélèvement de suc pancréatique au cours de l'intervention contient 820 U. de trypsine active.

- 22-2-58 : glycémie : 1,45. Malade en bon état général.

- 27-2-58 : malade apyrétique, en excellent état général. Reprise de l'appétit satisfaisante.

KYSTES DU PANCREAS

-:-

Il est classique de distinguer les kystes vrais, avec une paroi à revêtement épithélial, né aux dépens de la glande, les pseudo-kystes, n'ayant pas de paroi propre, les faux kystes qui sont en fait des collections enkystées juxta-pancréatiques.

L'introduction des techniques radiologiques, kystographie et pancréatographie, permettent de préciser les rapports entre le kyste et les voies excrétrices.

- Cette notion est actuellement capitale, et permet d'orienter la thérapeutique avec logique.

- Les kystes canaliculaires ou dilatation canalaire pseudo-kystique au cours de la lithiase du pancréas.

Nous disposons de trois observations :

34 - Cot... Bernard

35 - Cour...

36 - Dub...

C'est la douleur qui fut dans les trois cas le symptôme initial.

N° 34 - Les douleurs siègent au niveau de l'hypocondre gauche - devenant continues, avec poussées paroxystiques.

N° 35 - Crises douloureuses épigastriques avec diarrhée et vomissements, d'abord espacées puis se rapprochant progressivement, en augmentant d'intensité. Bientôt leur répétition rend toute activité impossible et nécessite la morphine.

N° 36 - Douleurs abdominales, en barre, reliant les deux hypocondres, à irradiation interscapulaire, transfixiante. Ces douleurs évoluent par crises devenant de plus en plus fréquentes.

- L'atteinte de l'état général est marquée
L'amaigrissement de 15 Kg pour le N° 36
" de 14 Kg pour le N° 34 (50 Kg pour 1m70).

- La diarrhée, accompagne les crises douloureuses dans les 3 cas.

- Plusieurs épisodes ictériques avec selles décolorées, urines foncées, ont évolué parallèlement aux crises douloureuses, N° 36, N° 34.

- Des hématomases avec méléna sont notées au cours de l'évolution N° 34. Les radiographies de l'estomac et du côlon demeurent négatives.

- L'examen clinique révèle la douleur par la manoeuvre de Mallet-Guy.

- La radiographie sans préparation affirme la lithiase.

- calcifications dessinant la totalité de la glande N° 35 et N° 36.
- calcification latéro-rachidienne droite, au niveau de LI-L3, N° 34.

- La radiographie gastro-duodénale
 - sténose du 2ème duodénum N° 36
 - aspect effilé de D2 N° 34

- Radiographie des voies biliaires

- N° 34 après télépaque, la vésicule s'injecte bien et se vide normalement, mais on note un aspect effilé du cholédoque dans son segment rétro-pancréatique.

- N° 36 - Le cholédoque apparaît dilaté.

- La pression portale est augmentée

16 cm	N° 36
20 cm	N° 35
15 cm	N° 34

- La splénoportographie

N° 34 - Rétrécissement de la terminaison de la veine splénique au contact de l'isthme pancréatique.

N° 35 - Amputation de l'axe spléno-portal sur 2 cm environ dans son segment prérachidien, répondant au tronc spléno-mésaraïque. La veine porte présente un épanouissement en éventail.

N° 36 - Aspect étalé de la jonction veine splénique-veine porte avec moindre opacification à ce niveau témoignant d'un début de compression.

Ces trois observations s'accompagnent de stase portale segmentaire par sténose de la veine splénique à sa terminaison et hypertension portale modérée, avec dans un cas N° 34 - hémorragies digestives.

- Parmi les examens biologiques, notons :

- une glycémie sensiblement normale
- une amylasémie et amylasurie à
 - 150 U W 250 U W N° 34
 - 147 U 128 U N° 36

- Mais surtout, c'est la pancréatographie qui donne une unité à ces trois observations.

N° 34 - Au cours de la libération de l'isthme pancréatique, on ouvre une poche kystique d'où s'écoulent 30 cm³ de liquide clair.

Par cet orifice on injecte de la diodone, et on opacifie une poche de la taille d'une mandarine, pré et latéro-rachidienne droite.

Sur la tranchée de section de l'isthme, on trouve un canal de Wirsung dont le cathétérisme au stylet est râpeux et pénètre dans la poche kystique.

N° 35 - A la section de l'isthme, évacuation de suc pancréatique sous pression alors que le canal n'apparaît pas dilaté. Le cathétérisme de gauche à droite bute à 2 cm, recoupe du pancréas.

La pancréatographie descendante dessine une cavité de la taille d'une noix à l'intérieur de la tête. Aucun passage duodénal.

N° 36 - Le Wirsung apparaît bourré de calculs et un peu dilaté à la section de l'isthme. Le cathétérisme pénètre dans une cavité, en libérant du suc pancréatique sous pression, charriant des calculins.

La pancréatographie descendante met en évidence une cavité kystique de la taille d'une grosse prune ; située au niveau de la tête, sans passage duodénal.

- Aussi, dans ces trois cas, il s'agit d'un kyste unique développé aux dépens du canal de Wirsung ou une de ses branches

et s'accompagnant d'un obstacle en aval de la cavité. En effet, on n'a jamais pu obtenir une injection duodénale par le liquide de contraste.

Il semble bien que ce soit l'obstacle qui soit responsable de la dilatation kystique du Wirsung.

On rejoint là la distension canalaire, régulière ou moniliforme en amont d'un obstacle, que nous avons retrouvée dans la plupart de nos pancréatites chroniques.

Il semble bien d'ailleurs qu'il puisse y avoir tous les intermédiaires. En effet la pancréatographie du N° 28 - LAUR... - montre une dilatation canalaire presque kystique.

Il est intéressant de souligner par ailleurs les modalités de découverte de la cavité kystique, dans nos trois observations.

- Il est impossible de les repérer par la palpation du pancréas, qui apparaissait augmenté de volume et considérablement induré.

- Pour le N° 34, la libération de l'isthme, a entraîné l'effraction de la cavité.

- Mais, pour les N° 35 et 36, c'est la pancréatographie descendante, systématique, alors que le Wirsung apparaissait sensiblement normal à la section, qui a permis de les objectiver. Cette pratique semble donc indispensable chaque fois que l'on pratique une pancréatectomie gauche car la constatation d'une cavité kystique est alors l'indication à une intervention de drainage.

- Nos trois malades ont en effet subi une pancréato-jéjunostomie.

L'anastomose intéresse les parois du kyste et la tranche pancréatique, pour le N° 34.

- La tranche pancréatique pour les deux autres.

- Les suites ont été excellentes dans nos 3 cas :

- disparition complète des douleurs
- amélioration de l'état général

nous disposons d'un recul d'un an.

- notons la découverte d'une caverne tuberculeuse pulmonaire ultérieure pour le N° 34.

- La disparition totale des douleurs par le drainage, tout en laissant la cavité kystique en place, présente un très gros intérêt pratique et pour l'interprétation physiopathologique de la douleur.

FAUX KYSTES NECROTIQUES DU PANCREAS SANS LITHIASIS

Nous présentons deux observations :

N° 40 - Mme GER...

N° 41 - M. LEH...

On retrouve dans les deux cas un épisode aigu initial, traduisant vraisemblablement le stade de nécrose.

N° 40 - La découverte de la masse épigastrique a été précédée trois semaines avant, d'une crise douloureuse épigastrique très violente, ayant cédé en une heure, suivie le lendemain d'un nouveau malaise avec collapsus.

N° 41 - Les antécédents sont plus lointains. On note en effet, trois ans avant le diagnostic, des épisodes douloureux abdominaux. Puis deux crises particulièrement violentes, précèdent de 48 heures la découverte d'une masse du flanc gauche.

Ces deux crises à début post-prandial, s'accompagnent d'irradiations dorsales basses et scapulaires gauches.

- Dans les deux cas on perçoit une masse :
 - épigastrique N° 40
 - hypocondre gauche N° 41

douloureuse à la palpation, augmentant de volume, au cours de la période d'observation.

- Le développement du kyste s'est accompagné d'épisodes ictériques et fébriles pour le N° 40.

- Parmi les examens complémentaires signa-
longs :

- une élévation de la coupole diaphragma-
tique droite.

- la radio gastro-duodénale :
 - refoulement de la petite courbure
 - élargissement du cadre duodénal N° 40
 - ovalisation du cadre duodénal avec
 - abaissement de l'angle de Treitz N° 41

- La biligraphie :

- vésicule lithiasique exclue N° 40
 - vésicule augmentée de volume avec cholé-
doque normal N° 41.

- Spléno-manométrie 17 cm N° 41

- Spléno-portographie : obstacle sur le trajet de la veine splénique, avec importante circu-
lation collatérale péricaplaire et épiploïque,
par laquelle s'opacifie tardivement le tronc
porte.

N° 40 -

- La splénoportographie ne fut pratiquée qu'avant la deuxième intervention dirigée contre la lithiase vésiculaire. Elle montre une thrombose de la veine splénique supplée par l'arc vasculaire gastro-épiploïque très dilaté. Il est à noter qu'aucun de ces malades ne présenta d'épisodes hémorragiques.

L'amylasémie est élevée à 400 unités pour le N° 41.

- La pancréatographie : présente un intérêt primordial. Elle montre en effet la communication du pseudo-kyste avec les voies excrétrices.

C'est DOUBILET et MULHOLLAND qui les premiers, montrèrent l'existence de cette communication d'où la déduction thérapeutique logique, drainage de la poche kystique par les voies excrétrices.

N° 41

- La pancréatographie par voie ascendante opacifie le pseudo-kyste qui dessine une flaque de la largeur d'une main à gauche de la ligne médiane. Pratiquée par le drain trois jours après l'intervention elle montre la même image et révèle la douleur analogue à celles spontanément ressenties lors des crises, mais sans irradiation scapulaire

N° 40

- La pancréatographie n'a été pratiquée que lors de la deuxième intervention, 7 mois après marsupialisation du kyste - avec ablation de la queue du pancréas.

On a la surprise de trouver un Wirsung d'aspect normal sans dilatation canaliculaire et ne paraissant que discrètement raccourci.

Il semble que le canal de Wirsung ait présenté un étonnant pouvoir de régénération, le protocole opératoire affirmant une atteinte glandulaire étendue.

Traitement

N° 40 - Après ouverture de la poche, évacuation à la main de la queue du pancréas nécrosé, on pratique une marsupialisation.

Les suites opératoires furent favorables, on pratique 7 mois après, une cholécystectomie pour vésicule lithiasique.

Très intéressante est la tentative thérapeutique effectuée pour le N° 41.

- Il existe une masse kystique de la taille d'un pamplemousse, et la pancréatographie rétrograde montre sa communication avec les voies excrétrices. Drainage à demeure du Wirsung par lequel coulent quelques gouttes de liquide clair charriant de petits calculs.

Une pancréatographie pratiquée trois jours après montre une cavité kystique inchangée. D'ailleurs l'écoulement est nul dans les jours suivants. Il faut donc réintervenir afin de pratiquer une kysto-gastrostomie.

Il n'a pas été possible d'obtenir selon l'exemple de DOUBILET, un affaissement de la cavité kystique, par le simple drainage du Wirsung. Certes, le magma noirâtre, sphacélique, particulièrement épais du contenu de ce kyste, semble peu enclin à se drainer par un tube trans-wirsungien.

- Il faut à ce propos insister sur la longueur de la durée du drainage wirsungien dans les observations de DOUBILET et MULHOLLAND

46 jours et 1 mois afin d'obtenir l'effacement de la poche.

- sa technique consiste à faire ressortir le tube du Wirsung par l'intermédiaire d'un drain de Kher. Dans nos observations le drainage à la WOLKER ne semble pas susceptible d'être maintenu aussi longtemps.

Malgré l'échec de cette observation, il semble bien qu'il faille s'orienter vers le drainage par le Wirsung de faux kyste nécrotique du pancréas dans la mesure où il communique avec les voies excrétrices. C'est cette dernière remarque qui nous fait individualiser un nouveau chapitre.

LES FAUX KYSTES AU COURS DE LA LITHIASÉ DU PANCREAS

Nous disposons de 4 observations : N° 38 -
N° 37 - N° 39 - N° 42.

Dans ces cas en effet, la communication du kyste est soit absente ou intermittente du fait de la lithiasé pancréatique - et le drainage par les voies excrétrices apparaît beaucoup plus problématique .

L'histoire clinique est dominée par les manifestations douloureuses.

N° 37 - Douleur abdominale depuis 10 ans ; crises de plus en plus fréquentes , devenant peu à peu constantes, 1 an avant l'intervention. - sur ce fond continu se greffent des crises paroxystiques particulièrement intenses,

- siégeant dans l'épigastre
- les deux hypocondres
- irradiant en arrière.

N° 38 -

Depuis 3 ans :

- douleur épigastrique,
à irradiation postérieure,
à début brusque.

durant 2 à 3 jours.

- On note deux ou trois crises d'une particulière violence, avec irradiations à l'épaule gauche.

N° 39 -

Début un an avant l'intervention par des crises douloureuses.

- épigastriques
 - sous-costales droites
 - à irradiation dorsale
- cédant spontanément en 8 heures.

N° 42 -

Depuis 1 an douleur épigastrique et de l'hypocondre droit.

La symptomatologie est donc celle des lithiases pancréatiques, l'existence parfois d'une ou deux crises particulièrement violentes, traduit peut-être l'accident nécrotique retrouvé à l'intervention.

Parmi les signes d'accompagnement l'amaigrissement a toujours été notable.

5 Kg en 2 mois N° 37

10 Kg en 4 mois N° 39

hématémèse avec méloena N° 39

L'examen clinique a découvert :

- Une masse dure très douloureuse dans la région épigastrique N° 38

- Une tuméfaction de l'hypocondre gauche battante, mate et douloureuse à la palpation N° 39.

Les radiographies sans préparation ont montré la lithiase pancréatique

- calcification de toute la glande N° 37.

- calcification de la tête et de la queue du pancréas N° 39.

La lithiase dessine le Wirsung.

Dans les deux autres observations, la lithiase n'était pas visible sur les clichés, mais fut découverte à l'intervention.

- La radio gastro-duodénale : estomac refoulé à gauche n° 39.

- Spléno-portographie :

N° 37 - Pression 21

- très mauvaise injection du tronc porte, reflux important dans les veines coronaires stomachiques témoignant d'un obstacle N° 38.

N° 38 - fut pratiquée après la kysto-gastrotomie, et montre un axe spléno-portal normal. Il existait alors des hémorragies, ce qui rendait leur interprétation délicate.

Une nouvelle spléno. pratiquée 7 mois plus tard montre alors un retentissement splénique important, avec circulation collatérale péri-splénique.

N° 39 - sténose du pied de la veine porte dont le tronc paraît dilaté en aval de l'obstacle.

Parmi les examens biologiques :

N° 37 - Amylasémie 202 U.S.,
Amylasurie 128 U.W.

N° 39 - Amylasémie 395 U.S.
Amylasurie 512 U.W.

après l'intervention, chute respective à

54 U.S.
128 U.W.

La pancréatographie :

donna dans ces différents cas des renseignements capitaux pour poser les indications thérapeutiques.

N° 38 - Le sujet avait subi une kysto-gastrotomie suivie d'hémorragie, ayant nécessité la fermeture de l'anastomose, sans que les hémorragies ne s'arrêtent pour cela. On décide alors un drainage par le Wirsung.

- Une pancréatographie rétrograde dessine un Wirsung un peu dilaté décrivant un siphon, avec dans la lumière du canal des images claires répondant à de petits calculs, surtout on opacifie la cavité kystique et en poussant un peu plus l'injection, on obtient une fusée vers l'estomac malgré la fermeture de l'anastomose.

- Le drainage par le Wirsung a amélioré considérablement le malade, qui n'a pas saigné depuis.

- revu sept mois après, pour reprise des douleurs traduisant sans doute une poussée évolutive de sa pancréatite,

- Ce malade a soulevé le problème de l'étiologie des hémorragies après kysto-anastomose,

d'autant que la spléno-portographie était alors normale (Mémoire de l'Académie de Chirurgie Tome 83, N° 29-30 - Décembre 1957 937-945).

- Répétons que depuis une nouvelle spléno-portographie a montré un retentissement spléno-portal important, affirmant l'hypertension portale segmentaire.

Dans ce cas, donc, la pancréatographie montra un kyste communiquant avec les voies excrétrices.

- Dans deux autres observations, cette communication était inexistante.

N° 37 - Pancréatographie rétrograde, arrêt du liquide opaque dans le Wirsung à droite de la ligne médiane.

La kystographie ne montre également aucune communication.

Cet état de chose, fait renoncer à un drainage du Wirsung par voie trans-papillaire, on pratique alors une kystogastrotomie.

Les suites opératoires et ultérieures sont excellentes.

N° 39 - Le cathétérisme du Wirsung est stoppé à 3 cm avec contact calculeux. Il ramène du suc pancréatique en rétention.

- La pancréatographie montre un arrêt d'aspect calculeux à droite de la ligne médiane. L'ablation du calcul se révèle impossible.

- On ouvre le kyste et on fore un canal jusqu'au kyste, par la papille, mise en place d'un drain.

On termine par une kysto-anastomose.
Les suites furent excellentes.

N° 42 -

Il s'agissait d'une fistule pancréatique, après marsupialisation pour kyste sur pancréas lithiasique.

- La fistulographie montre un très gros Wirsung dans son segment céphalique.

On pratique une pancréato-wirsungo-jéjunostomie, latéro-terminale sans pancréatectomie.

- Les observations 37 et 39 montrent donc l'absence de communication du kyste due à un obstacle calculeux. Cependant, même dans ce cas, le cathétérisme du Wirsung a ramené du suc pancréatique sous pression.

Il semble bien que dans ces cas, en plus d'une action directe sur le kyste, kysto-anastomose essentiellement, il y ait surtout à associer un drainage du Wirsung trans-papillaire insuffisant par lui-même à drainer le kyste dans ce cas.

- Ce drainage du Wirsung doit être pratiqué, systématique, lorsque l'on est amené à faire une marsupialisation, car alors le risque de fistule pancréatique est important.

- Ainsi donc la thérapeutique des formations kystiques du pancréas est loin d'être univoque.

C'est la pancréatographie qui permet d'envisager le traitement avec logique.

- pancréato-jéjunostomie, dans les dila-

tations canalaïres pseudo-kystiques au cours des lithiases.

- drainage du Wirsung trans-papillaire dans les faux kystes nécrotiques, communiquant et sans obstacle sur les voies excrétrices

- drainage canalaire, associé à une action directe sur le kyste lorsqu'il n'existe pas de communication kystique.

PANCREATITE ET ULCERE

-:-

L'association de ces deux lésions pose un certain nombre de problèmes :

Dans le domaine de la clinique tout d'abord, et nous l'avons vu, si chacun des deux syndromes douloureux présentent, dans les formes typiques, une individualité assez nette, souvent, leur analyse, même minutieuse, n'est pas convaincante.

Nombre de syndromes douloureux pancréatiques peuvent revêtir un rythme et une périodicité qui abusent. A l'opposé, la douleur peut devenir pratiquement continue, avec paroxysme très violent, dans les vieux ulcères calleux.

La coexistence crée alors un syndrome douloureux difficile à interpréter, bien que certains auteurs aient vu dans la continuité, l'intensité et l'irradiation dorsale de la douleur, le témoin d'une atteinte pancréatique secondaire.

Le problème redouble d'intérêt et se mêle d'angoisse, lorsque survient un syndrome hémorragique.

Les examens complémentaires, radios gastroduodénales, doivent également être interprétés avec réserve. En effet, un syndrome

douloureux plus ou moins typique, associé à une déformation gastrique ou bulbaire fait, par raison de fréquence, trop souvent incriminer une lésion ulcéreuse, alors qu'il s'agit peut-être d'une déformation extrinsèque liée à l'hypertrophie pancréatique.

Nous notons dans notre série :

- 6 gastrectomies dans les antécédents de nos malades. On ne dispose malheureusement pas du protocole opératoire de tous.

N° 2

N° 6 : ulcère haut situé, sur la petite courbure.

- a subi secondairement une jéjunojéjunostomie.

N° 9 - gros ulcère calleux térébrant dans le pancréas.

N° 11 - ulcère perforé

N° 12

N° 16

De même :

- 3 gastro-entérostomies sont notées :

N° 10

N° 23

N° 32

Ceci porte à 9 le nombre d'interventions gastriques anti-ulcéreuses.

Par ailleurs, dans plusieurs cas, une image ulcéreuse considérée comme typique à l'examen radiologique, n'a pas été confirmée à l'intervention :

N° 3 : ulcère de la petite courbure.

N° 26 - sténose pylorique ulcéreuse ?

- niche du bord gauche du canal pylorique

N° 32 - Image d'ulcère du bulbe.

N° 26 et

N° 32 - ont subi dans le service une gastrotro-entérostomie pour sténose du pylore, sans que l'origine ulcéreuse puisse être absolument confirmée ou infirmée.

A l'opposé :

N° 23 - l'intervention découvre un ulcère perforé de la petite courbure avec grosse infiltration de la partie haute de l'estomac, peut-être ulcère sous-cardiaque. La brèche de la petite courbure a conduit à faire une pancréatogastrostomie.

Ainsi, la coexistence d'une pancréatite et d'un ulcère gastro-duodéal n'est donc pas si rare.

Pour nos 6 cas de gastrectomies se pose le problème de l'évolution d'une pancréatite chronique au décours de l'intervention - que celle-ci ait été pratiquée avec le diagnostic d'ulcère, alors que le malade souffrait uniquement de la pancréatite .. ou qu'il y ait véritablement association des deux affections.

Soulignons d'ailleurs que les 6 cas de gastrectomies signalées se trouvent sous la rubrique pancréatite chronique non lithiasique. Le diagnostic de cette affection est en effet très difficile, la reprise des douleurs a fait dans plusieurs cas, rechercher un ulcère peptique et même une

fois, N° I6, pratiquer une vagotomie double.

On doit opposer ce fait à la relative précocité du diagnostic de la pancréatite lithiasique où l'existence de calcification attire plus tôt l'attention. Ceci explique sans doute les meilleurs résultats thérapeutiques observés dans cette dernière forme, où les lésions histologiques sont souvent moins graves.

On doit rattacher ici le problème des hémorragies au cours des affections chroniques du pancréas. Dans leur étiologie a été incriminée, et parfois à juste raison sans doute, une lésion du tractus digestif associé, ulcère vrai ou ulcération au pourtour d'une kysto-anastomose par exemple.

Ailleurs, une fistulisation spontanée d'un kyste pancréatique, érodant un vaisseau important, ayant été retrouvée à l'autopsie après hémorragie cataclysmique.

On insiste également sur la possibilité de troubles de la coagulation au cours des affections pancréatiques, faits qui ne seraient pas rares.

Surtout, nous avons abondamment montré la fréquence de l'hypertension portale segmentaire, le retentissement se faisant sans doute beaucoup plus souvent par compression que par thrombose.

PANCREATITES ET AFFECTIONS BILIAIRES

-:-

Nous ne voulons pas revenir sur les travaux considérables qu'ont suscité les rapports physio-pathologiques entre le pancréas et les voies biliaires.

Que l'on incrimine selon le cas :

- le retentissement d'un organe sur l'autre,
- ou la pathologie commune de l'appareil sphinctérien terminal,

Signalons dans notre série :

- l'absence d'ictère franc. Tout au plus peut-on noter dans quelques observations des épisodes subictériques contemporains des poussées douloureuses.

- 4 de nos malades avaient subi une cholécystectomie avant de nous être confiés :

N° 10 - N° 12 - N° 14 - N° 21

dans ce dernier cas, nous disposons du compte rendu opératoire précisant qu'il s'agit d'une cholécystite lithiasique.

Nous avons vu la fréquence du retentissement radiologique des pancréatites sur les voies biliaires. Chaque fois que cela sem-

blait s'imposer, l'intervention sur le pancréas a été suivie d'une cholécystostomie et la sonde enlevée après étude radiomanométrique des voies biliaires.

Nous voudrions insister sur le facteur douleurs biliaires au cours des affections pancréatiques. La souffrance de l'arbre biliaire rentre sans aucun doute pour une grande part dans la symptomatologie. Certains auteurs estiment que le plus grand nombre d'accès douloureux au cours des pancréatites, ont leur origine au niveau des voies biliaires.

Mais, nous avons suffisamment démontré que le pancréas lui-même était, par distension de ses canaux, à l'origine de crises particulièrement violentes.

La discrimination entre ce double pôle douloureux est en pratique très difficile.

Nous disposons cependant de deux observations privilégiées où après disparition des douleurs pancréatiques après drainage du Wirsung, persistait un syndrome algique de l'hypocondre droit, ayant nécessité secondairement une intervention sur les voies biliaires.

N° 18 - pancréatite chronique

- subit le 16 novembre 1956, un drainage du Wirsung avec cholécystostomie.
- disparition des douleurs.
- deux mois après, réapparition des douleurs du flanc droit, irradiant dans l'angle costo-vertébral droit, n'ayant ni les caractères, ni l'intensité des douleurs précédentes.

- l'examen radiologique montre une vésicule volumineuse avec un cholédoque dilaté.
- une cholécysto-duodénostomie a supprimé ces douleurs.

N° 19 - Ce sujet a subi plusieurs interventions ;

- une première pancréatectomie caudale ;
- puis une cholécystostomie, pour vésicule distendue et cholédoque dilaté ;
- la persistance des troubles amena à pratiquer une nouvelle recoupe pancréatique avec pancréato-jéjunostomie.
- Cette intervention soulage le malade de son syndrome douloureux particulièrement violent. Mais, il persiste des douleurs strictement sous-costales droites qui semblent bien en rapport avec un canal cholédoque très dilaté dans son segment sus-pancréatique.
- une cholédoco-duodénostomie améliore ses douleurs restantes.

Le caractère schématique de ces 2 observations montre bien l'indépendance des douleurs biliaires et pancréatiques. L'algie biliaire pouvant nécessiter parfois une action thérapeutique pour son propre compte.

CONCLUSIONS

-:-

A propos de 43 observations de syndromes douloureux chroniques non cancéreux du pancréas, recueillies dans le service de notre Maître le Professeur Agrégé Lucien LEGER, nous avons voulu insister sur les caractères de la douleur pancréatique.

Cliniquement, le type, le rythme, les irradiations de cette douleur, ne présentent pas le plus souvent, des caractères suffisamment tranchés, pour la distinguer des autres syndromes algiques de la partie haute de l'abdomen.

Il faut cependant insister sur son intensité particulière entraînant volontiers une attitude antalgique.

Nous avons isolé une forme particulière dite "cardialgique" où toute la symptomatologie fonctionnelle se résume à des manifestations du type angine de poitrine ou infarctus du myocarde.

Une véritable étude expérimentale de la douleur a été réalisée chez les sujets ayant subi un drainage externe du Wirsung. L'introduction par le drain de quelques cm³ de liquide en vue de pancréatographie post-opératoire, a permis de reproduire chez eux la même douleur qu'ils accusaient spontanément.

Ceci permet de conclure à l'importance du facteur de distension canalaire dans le déclenchement de la douleur.

Par ailleurs, l'exploration radio-chirurgicale, surtout la pancréatographie per-opératoire, telle qu'elle a été pratiquée dans toutes nos observations, nous permet de mettre l'accent sur le facteur canaliculaire dans la détermination d'un grand nombre de pancréatites.

Nous soulignons l'intérêt des interventions de drainage du Wirsung et tout particulièrement de la pancréato-jéjunostomie qui nous paraît donner toute satisfaction.

--

Vu :
Le Président :
signé : P. MOULONGUET

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AIRD I.

The British Journal of Surgery Vol. 43
N° 175 mars 1955 p. 491-494

ANDREANI J.

Arch.Mal.App.Dig. T. 39 N° 11 Nov.
1950 p. 1166-1170.

AURAGAN et KERUZORE

Mém. de l'Acad.Chir. de Paris 1956
T. 82 n° 18-19 30 mai-6 juin p. 549-
551

BELING C.A.

American Journal of Digestive Diseases
Vol. 7 1940 p. 231-234

BERGERET A.

Arch.Mal.App.Dig. Vol. 41 n° 9-10
Sept.-Oct. 1952 p. 940-944

BORON R., AULONG J. et PEDOYA

Mem.Acad.Chir. 1957 T. 83 N° 67
Février p. 226-228

BROCQ P. et MIGINIAC G.

Rapport 39ème Congrès français de
Chirurgie Paris 1930

CACHERA R., CAROLI J. et BOLGERT M.

Maladie du foie, des voies biliaires
et du pancréas
Edition Flammarion Collection Médico-
Chirurgicale à révision annuelle

- CATTAN R., CHAMPEAU M. et FRUMUSAN R.
Bulletin Soc.Med.des Hôpitaux de Paris
7 nov. 1952 p. 1130-1138
- CATTELL R.B. et WARREN K.W.
Gastro-enterology vol. 20 n° 1 Janvier
1952 p. 1-19
- CHALNOT, GROSDIDIER et BENICHOUX
Revue Médicale de Nancy 1956 T. 81
Mai p. 421-435
- CHAUVENET et DUBOURG
Arch.app.Dig. T. 45 N° 12 Dec. 1956
p. 505-509
- CHIRAY M., ALBOT G. et BOLGERT M.
Annales de Médecine Vol. 38 Nov. 1935
p. 348-356
- COLLESSON L.
Revue Médicale de Nancy 1956 - T. 81
Mai p. 391-414
- III CONGRESSO EUROPEO della Societa Nazionale
di Gastro-Enterologia (Bologna)
HULST L.A. (Holland) - Atypische Chromsche
Pancreatico p. 429
- DOUBILET H. et MULHOLLAND J.H.
Annals of Surgery vol. 132 n° 4 Oct.
1950 p. 786-797
- DOUBILET H. et MULHOLLAND J.H.
S.Clin.North America 29 p. 339-359
- DOUBILET H., COPPEL et MULHOLLAND J.H.
Radiology vol. 64 n° 3 Mars 1955
p. 325-339
- DUPUY R.
La Gazette Médicale de France
Paris 1957 64 n° 10 25 mai p. 949-950

DUVAL Jr M.K.

Annals of Surgery vol. 140 n° 6
Dec. 1954 p. 775

EDELMANN G. et PERRIN J.E.

La Presse Médicale 21 Oct. 1953 T. 61
n° 67 p. 1371

FAURE J., MERCADIER M. et HEPP J.

Annales de Chirurgie Semaine des Hôpi-
taux Vol. 52 N° 1-2 Janvier 1958
p. 21-35

GAMBILL E.E., COMPFORTH W. et BAGGENSTOSS A.H.

Gastro-enterology 11 Juil. 1948 p.1-33

HEPP J. et MERCADIER M.

Mem.Ac.Chir. 1954

KOURIAS B.

in Mem.Acad.Chir.Paris 1956 T. 82
N° 22-24 27 juin 11 juillet p. 686-699

LEGER L.

Splénoportographie Masson édit.

LEGER L. et BREHANT J.

Chirurgie du Pancréas Masson édit.

LEGER L.

Mem.Acad.Chir; 9 janvier 1952 p. 63

LEGER L.

J. de Chir. T. 68 n° 8-9 1952 p. 518-
536

LEGER L.

IX Congrès International du Collège
International des Chirurgiens Sao-
Paulo 26 Avril 1954 p. 87

LEGER L.

Congrès du Collège International
des Chirurgiens Genève 23-26 Mai
1955 p. 646

LEGER L. et ARVAY N.

La Presse Médicale 23 Mai 1951 p. 735

LEGER L., ZEROLO et LATASTE J.

XIVème Congrès de la Soc.Internat.
de Chirurgie Paris 29 sept. 1951
Arch.Mal.App.Digest. Mars 1952 41
n° 3 p. 257-267

LEGER L. et LATASTE J.

Journal de Chirurgie T. 71 n° 11
nov. 1955 p. 813-851

LEGER L., LAJOUANINE P., CORNE A. et
ARNAVIELHE J.

La Presse Médicale 28 Avril 1954
T. 62 n° 31 p. 666

LEGER L. et BINET M.

Mém.Ac.Chir. 1955 n° 25-26 p. 770-
776

LEGER L. et KUBICKI

Arch.Mal.App.Dig.Paris 1957 T. 46
n° 6 Juin p. 584-596

LEGER L., ALBOT G. et DUPUY R.

Arch.Mal.App.Dig. T. 46 n° 3 Mars
1957 p. 201-209

LEGER L.

La Presse Médicale Paris 1957 T. 65
n° 27 p. 1-4 de l'Atlas de Radio-
logie.

- LEGER L., CACHIN M., FUMERY S. et HECTOR A.
Presse Médicale N° 94 25 Dec. 1957 p.
2136-2139
- LEVY A., OPPERMAN A.
Arch.Mal. du Coeur n° 2 janvier 1956
p. 77
- LERICHE R.
Mem.Acad.Chir.Paris 21 Janvier 1948
p. 57
- LONGUET Y.J. et MAMBER J.
Mem.Ac.Chir.Paris 1955 T. 81 n° 27-28
26 Oct. 9 nov. p. 786-790
- MALLET-GUY P. et VACHON A.
Pancréatites chroniques gauches
Masson édit. Paris 1943
- MALLET-GUY P. et FEROLDI J.
Presse Médicale 61 1953 p. 99-101
- MALLET-GUY P., JEANJAN R. et MARION P.
Lyon Chirurgical T. 41 n° 6 nov-déc.
1946 p. 661-680
- MALLET-GUY P. et GISSELBRECHT H.
Mém.Ac.Chir. 13 juin 1945 T. 71 n° 19
p. 287-289
- NANGEOT A.T., MARCY C. et LEGER L.
Annales de Médecine T. 54 n° 7 1953
- MENUDIER J.
Thèse Paris 1957
- MERCADIER M. et HEPP J.
Annales de Chirurgie Semaine des Hôpi-
taux T. 12 Sept. 1956 p. 748-758

MIALARET J., EDELMANN G.

Mem.Ac.Chir.Paris 1957

MOUSSEAU M.

Mém.Ac.Chir.Paris 1957 T. 83 n° 17-18

5-12 Juin p. 524-529

MOULONGUET P., VERNE J.M. et FOUCHER M.

Mém.Ac.Chir. 78 3 déc. 1952 p. 907-918

PATEL J. et LATASTE J.

La Presse Médicale 28 avril 1954
62 n° 31 p. 652

PALLASSE et LEDRU

Lyon Médical vol. 158 19 Juillet 1936
p. 68-72

PICARD et POUCEL

Marseille Chirurgical 1956 T. 8 n° 3
Mai-Juin p. 404-407

RAMBER G.

Revue Médicale de Nancy 1956 81 p.
415-420

SIGUIER F., LEGER L., WELTI et CHIMENES

Société Médicale des Hôpitaux de Paris
7 nov. 1952 p. 1138-1143

SOUPAULT R.

Mém.Ac.Chir. 16 janv. 1957

SOURDILLE J., SOURDILLE L. , ANGEREAU M.
et KERNEIS J.P.

Mém.Ac.Chir. 19 oct. 1955

SMITH L.

Collected Papers of the Mayo Clinic
and the Mayo Foundation XLV 1953 p.65

VACHON A. et ROMIER H.

Semaine des Hôpitaux 1957 n° 11 p. 642

WHIPPLE A.O.

Annales of Surgery vol. 124 n° 6 Déc.
1946 p. 991-1008

